

Escuela Superior Politécnica del Litoral

ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CUARTA PROMOCION

TRABAJO DE GRADUACION:

**EVALUACION DE LA APLICACION DE LA
ESTRATEGIA AIEPI EN EL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO DE TRINITARIA.**

AGOSTO 2000

REALIZADO POR:

Lcda. María Esther Cedeño

Lcda. Betsy León León

Dra. Myriam Ramírez Mieles

DIRIGIDO POR:

Dr. Jorge Camba Rendón



Guayaquil, Septiembre del 2000

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS**

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CUARTA PROMOCIÓN

Trabajo de Graduación:

***EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN
EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TRINITARIA***

AGOSTO 2000

Realizado por:

**LCDA. MARÍA ESTHER CEDEÑO
LCDA. BETSY LEÓN LEÓN
DRA. MYRIAM RAMÍREZ MIELES**

Dirigido por :

DR JORGE CAMBA RENDÓN

Guayaquil, Septiembre del 2000

INDICE DE CONTENIDOS

PP

Resumen ejecutivo	
I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema	3
Antecedentes	3
Descripción del sector	3
III. Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
IV. Justificación	7
V. Marco teórico	9
VI. Metodología	24
Componente 1: Evaluación de habilidades del equipo de salud	25
Componente 2: Evaluación del sistema de salud	26
Componente 3: Evaluación CAP de la familia y comunidad	27
VII. Resultados	29
VIII. Análisis e interpretación de resultados	55
IX. Conclusiones	65
X. Recomendaciones	71
XI. Referencias y bibliografía	78
XII. Anexos	80

DEDICATORIA

A nuestros hijos, esposos y padres que han sabido apoyarnos y seguirnos en cada una de nuestras iniciativas, y que en cada momento difícil siempre han estado presentes.

A todos quienes confían que esta meta cumplida servirá para formular nuevas propuestas de cambio en nuestras vidas y profesiones.

Betsy, María Esther y Myriam

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Coordinador del Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud Dr. Ernesto Torres Terán, a nuestro tutor Dr. Jorge Camba Rendón, a todos quienes integran la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas ESPAE-ESPOL, que de una u otra forma contribuyeron con nosotras para alcanzar nuestra meta. No los defraudaremos.

Gracias además a todos quienes integran el Centro de Salud Metropolitano de Trinitaria, Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, la OPS-OMS, que siempre estuvieron prestos a brindarnos la información de requeríamos.

Betsy, María Esther y Myriam

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de grado EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TRINITARIA. AGOSTO 2000, tiene como objetivo realizar una evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) en niños –niñas menores de 5 años, que recibieron atención en el Centro de Salud Metropolitano del área de Salud # 2 Trinitaria, en el trimestre comprendido entre enero y marzo del 2000.

El Centro de Salud Metropolitano, inicia sus actividades el 23 de Junio de 1991 bajo el programa de Salud Familiar y comunitaria del gobierno del Dr. Rodrigo Borja, sus actividades están dirigidas a la Atención Primaria de Salud. Cuenta con una nómina de 34 personas entre personal médico, paramédico, administrativo y de servicio, los mismos que no han sido capacitados en su totalidad en la Estrategia AIEPI.

La Estrategia AIEPI ha sido probada mundialmente y ha demostrado ser efectiva para salvar vidas de menores de 5 años. Esta estrategia parece ser muy conveniente para el caso del país y del área de Trinitaria, sin embargo, debido a la restricción de recursos se tiene la impresión de que hay problemas técnicos, administrativos y motivacionales que estarían obstaculizando la ejecución eficaz de la misma.

Este estudio académico recoge información de usuarios externos e internos involucrados en la atención a los niños menores de 5 años, mediante la aplicación de algunas técnicas como la observación directa, revisión de historias clínicas, realización

de encuestas con preguntas semi-estructuradas que incluyen las variables de competencia profesional, satisfacción del usuario y conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y cuidadores de los niños que se atienden mediante la estrategia AIEPI.

Un punto de gran consideración, es la falta de seguimiento médico a los pacientes, que deben ser monitoreados con mayor cuidado de manera que las consultas por primera vez tengan una subsecuencia y un mejor control, el seguimiento debe ser también para las acciones del equipo de salud con relación a la estrategia. El apoyo mutuo o acompañamiento debe ser la base del seguimiento para que este sea realmente efectivo y la organización desarrolle una cultura de trabajo en equipo.

La satisfacción del usuario externo está influenciada por la calidad y calidez de atención de Pediatría. El nivel de confianza logrado especialmente en las madres, debe ser considerado y aprovechado por el resto del personal para afianzar su posicionamiento en el sector.

El Centro de Salud Metropolitano, según la evaluación realizada le resta optimizar recursos capacitados y capacitar a los que no lo están, reorganizar los flujos de trabajo y de horarios para mejorar la disponibilidad; realizar más seguimiento de usuarios, visitas domiciliarias efectivas y monitoreo permanente de la programación para mejorar la intensidad de uso; optimizar recursos y revisión de horarios para mejorar la utilización; motivación a su personal, encontrar los obstáculos para su desarrollo y disminuir los tiempos de espera para mejorar la productividad de sus recursos; acompañamiento efectivo a usuarios internos y externos, trabajar en la calidad y monitoreo permanente de la PLIS para mejorar la eficacia y la efectividad a largo plazo.

Pero, sobre todo fomentar la cultura organizacional del trabajo en equipo para poder conseguir las metas propuestas. Trabajar con énfasis en la promoción de la salud, la intersectorialidad y la participación social efectiva, en la búsqueda del logro de los objetivos.

Esta evaluación es más un análisis del seguimiento de las acciones del servicio de salud, que de la misma estrategia, ya que hablar de impacto es todavía prematuro en términos del escaso tiempo que lleva la implementación de la misma en la provincia del Guayas y en la ciudad de Guayaquil en particular.

Finalmente, este trabajo busca recomendar probables soluciones de acuerdo a los problemas encontrados en la atención que se brinda a los menores de 5 años en el Centro de Salud Metropolitano, bajo la estrategia AIEPI, para el mejoramiento de la gestión en el mismo, buscando además una mejor imagen institucional que tanta falta le hace a las unidades del Ministerio de Salud Pública en momentos tan difíciles a los que les toca adaptarse a nuestras comunidades, pero que no por ello dejan de ser grandes oportunidades para el cambio y para crecer como empresas de salud.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un rápido crecimiento de la literatura sobre la aplicación de métodos de evaluación de la gestión de los programas, proyectos o acciones de salud. El objetivo común de estos métodos es el desarrollo de criterios de evaluación (indicadores de salud) que permita una eficiente utilización y asignación de recursos del sector en función a los criterios de cobertura, accesibilidad, disponibilidad, productividad, rendimiento, eficacia, efectividad e impacto. (1)

En el campo de la salud ha cobrado énfasis la preocupación por asegurar que los recursos se asignen de manera eficiente. Se busca incrementar la producción, y el acceso a los consumidores al menor costo posible y combatir las barreras técnicas, económicas, geográficas, culturales y organizacionales para alcanzar la equidad y la eficiencia de atención a la salud. (2)

Es muy conocido, que nuestras instituciones de Salud, desconocen por completo, y a ratos es muy escaso el interés que presentan por conocer si tal o cual programa cumple las metas para el que fue creado. Por lo que el presente trabajo tiene la finalidad de realizar una evaluación de la gestión de una unidad de salud en relación a un programa en particular "AIEPI" que fue implementado hace más de un año en el área de Salud 2 "Trinitaria".

Se pretende recolectar, clasificar y procesar información en torno a la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, con el objeto de contestar

algunos interrogantes que quedan en el aire acerca de la efectividad de la implementación y aplicación del mismo.

En este trabajo se pretende además, poner en práctica todas las herramientas aprendidas durante el postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, y quizás servir de modelo para que otras unidades operativas del MSP puedan realizar este mismo trabajo y cuenten con información veraz que les permita tomar decisiones adecuada y oportunamente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES

Se pretende realizar una evaluación de la atención a niños - niñas menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Metropolitano del área de salud número 2 – ISLA TRINITARIA – del Ministerio de Salud Pública de la provincia del Guayas, bajo la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), durante el primer trimestre del año 2000, con el objeto de proporcionar criterios para la toma de decisiones en la unidad de salud y que esto sirva como modelo para que otras unidades puedan evaluar otros programas o estrategias desde el punto de vista de su gestión.

DESCRIPCIÓN DEL SECTOR

El Área de Salud # 2 Trinitaria, está ubicada al sur-oeste de la ciudad de Guayaquil, en la parroquia Ximena, asentamiento popular que tiene aproximadamente 237.945 habitantes (proyección 2000-INEC) distribuidos en 80 cooperativas, atravesada por la vía perimetral, de este a oeste, anteriormente considerada una reserva ecológica por la variedad de manglares que poseía y que han sido talados para dar paso a las viviendas de este sector, tiene una densidad poblacional de 14000 habitantes por km² y una extensión de 14 km² de superficie. El Centro de Salud Metropolitano tiene una población de 36.679 hab. asignada por el INEC.

La mayor parte de esta población es emigrante de otras provincias, como consecuencia de la difícil situación económica que vive el país. En su mayoría es de origen rural, con muy escasa instrucción, dedicados a oficios domésticos y al comercio informal. Han abandonado la tierra que les vio nacer para conformar los grandes cordones periféricos de pobreza, que no cuentan con infraestructura básica de desarrollo, convirtiéndose en un grave problema social para la sociedad y el país.

Con una población infantil designada por INEC para toda el área (año 2000) de 4.734 menores de un año, de los cuales 730 están designados para el Centro Metropolitano; 20.854 niños con edades comprendidas entre 1 y 4 años para el área y 3.215 para el Centro Metropolitano, la misma que va en aumento, sin los servicios de infraestructura básica y con un sistema local de salud deficiente por la escasa gestión de sus directivos. La organización y participación comunitaria es escasa, lo que ha obstaculizado un adecuado desarrollo social aunado a las escasas acciones gubernamentales.

El área 2 Trinitaria inicia sus actividades el 23 de Junio de 1991 bajo el programa de Salud Familiar y Comunitaria del gobierno del Dr. Rodrigo Borja C. formada por un Centro Materno – Infantil, “Metropolitano”, y 4 unidades satélites (subcentros de salud). Actualmente las actividades que realizan estas unidades están dirigidas a la atención primaria de Salud, al control materno-infantil, atención de la mujer embarazada, tiene servicios de farmacia, laboratorio, educación para la salud y el trabajo directo con las comunidades (a través de las visitas domiciliarias).

Hace 2 años aproximadamente el personal del Centro Metropolitano y del área de salud, recibe la capacitación de la Estrategia AIEPI (Atención integrada de las

enfermedades de la infancia) con la que se intenta llegar a toda esa población infantil menor de 5 años, que tanto lo necesita con acciones oportunas, eficientes y efectivas, después de haber sido probada a nivel mundial. Aparentemente dicha estrategia es muy conveniente, debido a la restricción de recursos se tiene la impresión de que hay problemas técnicos, administrativos y motivacionales que estarían obstaculizando la ejecución eficaz de la misma.

El Centro Metropolitano, que es en donde se realizará nuestro trabajo de grado, cuenta con profesionales técnicos, distribuidos entre médicos, enfermeras, educadores para la salud, tecnólogos médicos y auxiliares de enfermería. Además cuenta con un personal administrativo y de servicios, que en conjunto conforman un equipo de 34 personas.

Dentro del personal técnico hay 1 médica pediatra, dedicada en exclusivo a la atención de niños menores de 14 años, entre ellos a los menores de 5 años a quienes aplica la estrategia AIEPI, 3 médicos generales(capacitados en la estrategia), por lo que es nuestro interés conocer como se está llevando a efecto, y que tan buena y beneficiosa es en particular para los niños y en general para el bolsillo de los padres.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Realizar una evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI en niños – niñas menores de 5 años, que recibieron atención en el Centro de Salud Metropolitano del área de Salud # 2 Trinitaria, en el trimestre comprendido entre enero y marzo del 2000.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Evaluar las habilidades del personal del Centro de Salud Metropolitano, en función del conocimiento de la estrategia AIEPI, para atender casos por medio de pautas adaptadas a la localidad y actividades que promuevan el uso de estas pautas.
- ❖ Evaluar la gestión del sistema de salud (Centro Metropolitano - área 2 Trinitaria) para atender eficazmente las enfermedades prevalentes de la infancia, a través de indicadores de salud y conocer de esta manera el impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI.
- ❖ Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las madres y cuidadores, en lo que respecta a la estrategia.

IV. JUSTIFICACIÓN

Nuestro principal objetivo en este trabajo es poder aplicar todas las herramientas que como parte de un proceso se han ido aprendiendo a lo largo del IV Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud y además la necesidad de cumplir con un requerimiento de la ESPAE - ESPOL previo la obtención del título de Gerentes en Servicios de Salud.

La factibilidad de realización del presente trabajo es:

- ❖ **TÉCNICA**, porque nos permitirá utilizar todos los recursos científicos y de aplicación que ha dado la implementación de la estrategia AIEPI en el Centro de Salud Metropolitano del área # 2 de la provincia del Guayas, perteneciente al MSP y dar una respuesta a las interrogantes que en el sector público aún se tienen acerca de la aplicabilidad y eficacia de dicha estrategia. Además, como ya lo hemos mencionado, poder saber de manera fidedigna qué tan efectiva es la estrategia AIEPI, que al momento se está aplicando en todo el país a menores de 5 años, y por supuesto analizar el impacto que ha tenido dicha estrategia en la población estudiada.
- ❖ **FINANCIERA**, en la medida que el grupo está dispuesto a aportar con los medios económicos que sean necesarios para realizar tanto la investigación en el área de trabajo del MSP, OPS / OMS, así como los trabajos de campo en la comunidad (encuestas, grupos focales, etc).
- ❖ **TIEMPO**, el estudio lo vamos a realizar en 3 meses, de mayo a julio del 2000, tiempo que lo programaremos en equipo, elaborando un cronograma (ver anexo 1), que contemple tanto el trabajo de campo (investigación) y la elaboración del proyecto de grado (resultados) durante el mes de agosto del 2000.

- ❖ La UTILIDAD del trabajo es práctica, ya que le permitirá al sector público, específicamente al área de Salud # 2, contar con una evaluación de la gestión de la estrategia AIEPI en su unidad de salud, lo que le permitirá tomar decisiones oportunamente y retroalimentar este proceso. Así como también, una vez concluido este trabajo, es nuestro interés que el mismo sirva como modelo de evaluación para que otras áreas de salud del MSP, de la provincia y quizás del país puedan hacerlo suyo, y de esta manera evaluar la estrategia AIEPI en sus áreas o también para evaluar otros programas y estrategias, para bien de sus pequeños pacientes, que son a quienes en realidad está dirigido este trabajo.

V. MARCO TEÓRICO

Más de 11 millones de niños mueren cada año en el mundo de los efectos de las enfermedades infecciosas y la inadecuada nutrición. En algunos países incluso, uno o más de cada cinco niños mueren antes de cumplir 5 años. Muchos de los que sobreviven no logran crecer ni desarrollar todo su potencial.

La carga de sufrimiento humano que estas cifras representan puede reducirse grandemente. Existen prácticamente cinco causas principales de muerte en los niños menores de 5 años – neumonía, diarrea, malaria, sarampión y desnutrición – y actualmente contamos con el conocimiento y la capacidad suficientes para prevenir o tratar estas cinco condiciones.

La mayoría de los niños en el mundo desarrollado tienen acceso al cuidado de salud básico y de bajo costo que los mantiene saludables y capaces de alcanzar todo su potencial. Muchos de los niños en los países en desarrollo, como es el caso del Ecuador, no gozan de estos beneficios.(6)

Todos los años, más de 200.000 niños menores de cinco años mueren en los países de las Américas debido a enfermedades que podrían ser evitadas o tratadas fácilmente. Tres de las principales causas de estas muertes son las enfermedades respiratorias agudas, que sobrepasan las 70000 muertes, las enfermedades diarreicas, responsables de más de 75000 muertes, y la desnutrición, responsable de caso 20000 muertes al año. La malaria es también una causa de enfermedad y muerte en algunos niños, mientras que el sarampión, cuya incidencia y mortalidad se está reduciendo notablemente como

respuesta a las campañas masivas de vacunación realizadas en los países, continúa siendo un problema serio, especialmente cuando también existe la desnutrición. (7)

La crisis que experimentan nuestros países en Latinoamérica en el campo de la salud, hace imprescindible el análisis y desarrollo de nuevos enfoques para enfrentar los desafíos presentes y futuros, en el marco de una perspectiva más amplia de la salud, más allá de los tradicionales servicios de atención médica, que considere los cambios en el rol del Estado, los procesos de descentralización y la creciente participación ciudadana en busca de condiciones dignas de salud y vida para la población.

En países como el nuestro, que no ha logrado superar las deficitarias condiciones de vida de la población, mantienen un débil sistema de salud y nivel tecnológico. Forman parte de este grupo las enfermedades evitables que generalmente afectan a los grupos de alto riesgo dadas sus precarias condiciones de vida y limitada capacidad de acceso al consumo de bienes y servicios (como los de salud, educación, vivienda, alimentación, recreación, bienestar social, trabajo y seguridad, entre otros), que permitan su recuperación.

La situación de la desnutrición en el Ecuador sobre todo infantil y materna, es también desfavorable, uno de cada dos niños son desnutridos (en la sierra rural el porcentaje se eleva hasta un 70%) y sufren anemia por déficit de hierro.

Sin embargo que algunos indicadores de salud han mejorado como las tasas de mortalidad general e infantil, los niveles de salud en la población ecuatoriana son los más bajos de América Latina, lo que habla de un problema estructural de larga data aún

no corregida, pues otros países con similares niveles de desarrollo presentan mejores indicadores de salud.

Así, nuevos y antiguos problemas de salud presionan una respuesta de los servicios de salud: patologías infecciosas no resueltas, ligadas a la pobreza sobre todo de nuestros niños (enfermedades respiratorias-neumonías-, diarreicas, paludismo, dengue, entre otras) se combinan ya con problemas característicos de la modernización (violencia intra domiciliaria, maltrato en la infancia, abuso sexual de menores, entre otras).

En buena medida el salir del rezago epidemiológico dependerá de la forma como las personas se relacionan con sus condiciones de vida y los servicios de salud, además será básico y por demás de necesario la optimización de recursos, su eficiente utilización y destino, razón por la que consideramos necesario que las estrategias y programas sean evaluadas buscando el impacto que dichos programas tienen sobre la población, sólo así sabremos si hemos avanzado o no en materia de salud en el Ecuador.

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, se crea una vez que las estadísticas reflejan que cerca del 70% de las muertes de niños – niñas menores de 5 años son causadas por neumonía, diarrea, malaria, sarampión y desnutrición. El personal de los servicios de salud, dispone de métodos factibles y eficaces para tratar a los niños / niñas que padecen de esas enfermedades, cuyas defunciones, en su mayoría, podrían evitarse.

Esta nueva estrategia, AIEPI, se está implementando por parte de la Organización Panamericana de la Salud OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la

Salud OMS y el Fondo de las Naciones Unidas a favor de la Infancia (UNICEF), para ayudar a reducir estas muertes. El enfoque de la misma es tratar al niño como un todo en vez de dirigirse solamente hacia una parte del problema. AIEPI permite evaluar de manera sistemática los principales problemas y enfermedades que afectan la salud de los niños para detectar y tratar cualquier enfermedad específica o signo general de peligro.

LA OMS y UNICEF, sobre la base de hallazgos técnicos actualizados, han elaborado una descripción de la forma de atender dichas enfermedades mediante una serie de normas integradas, en lugar de normas específicas para cada enfermedad. A continuación elaboraron los materiales de capacitación para enseñar al personal de salud que atiende a niños / niñas enfermos el proceso de atención integrada de casos.

El personal de salud tiene experiencia en el tratamiento de las enfermedades comunes de la infancia, pero con frecuencia la capacitación que recibe utiliza normas específicas para cada enfermedad. Esto puede presentar dificultades cuando es necesario combinar diferentes normas para tratar a un niño / niña que tiene varios problemas de salud al mismo tiempo; es decir, sería muy difícil saber qué problema tiene más importancia para el tratamiento.

La atención de salud puede ser eficaz únicamente si la familia lleva al niño / niña enfermo de forma oportuna a una consulta con personal de salud capacitado. Si la familia espera hasta que se encuentre gravemente enfermo para llevarlo a la consulta, o lleva al niño / niña a tratarse con personas no capacitadas, es posible que el niño / niña muera de la enfermedad.

Por ello, un aspecto importante del proceso de atención es enseñar a la familia cuándo debe buscar tratamiento para el niño / niña enfermo y que la familia y comunidad esté dispuesta no solo a conocer lo que debe hacer, sino también a practicarlo.

La aplicación de la estrategia AIEPI en los países abarca los tres componentes siguientes:

- ❖ *Mejora de la habilidad del personal de salud para atender casos por medio de pautas adaptadas a la localidad sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y actividades que promuevan el uso de estas pautas (Componente 1).*
- ❖ *Mejora del sistema de salud para atender eficazmente las enfermedades prevalentes de la infancia (Componente 2).*
- ❖ *Mejora de las prácticas familiares y comunitarias.(Componente 3)*

Pretendemos en nuestro trabajo realizar una evaluación de los componentes citados anteriormente a sabiendas, de que esta estrategia manifiesta entre sus objetivos:

- ❖ Reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de cinco años, específicamente las muertes debidas a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, malaria y sarampión.
- ❖ Reducir el número y gravedad de los casos de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y sarampión.

- ❖ Mejorar la calidad de atención del niño en los servicios de salud, disminuyendo el uso inadecuado de tecnologías de diagnóstico y tratamiento, a través de la reducción del uso inapropiado de los antibióticos en el manejo de estas patologías en los niños menores de 5 años .

- ❖ Introducir aspectos de promoción y prevención de la salud infantil en la rutina de la atención de los servicios de salud.

- ❖ Extender la atención integrada al nivel comunitario. (4)

Al evaluar la gestión de un servicio de salud y de una estrategia aplicada en él debemos considerar dos grandes temas:

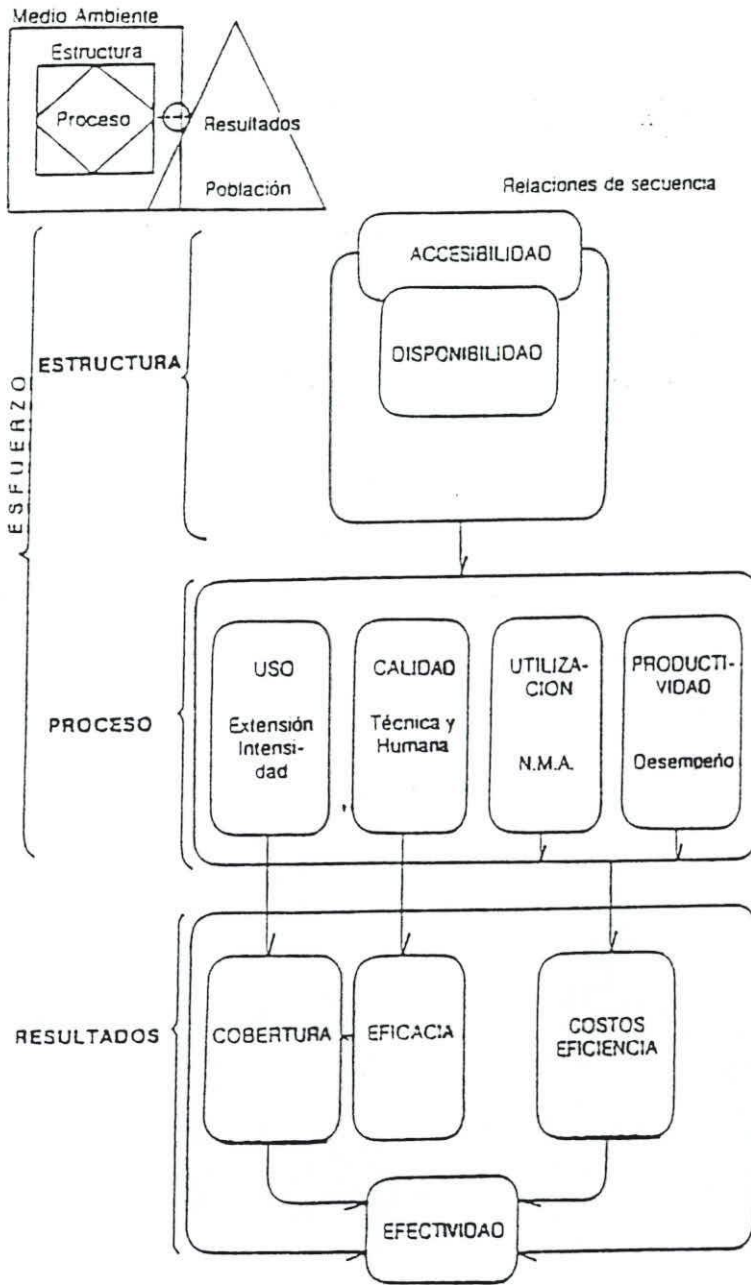
- a) La evaluación de la **gestión** en términos de **esfuerzo** de la agencia. Esto es la estructura y el proceso que conducen al logro de los resultados esperados.
- b) La evaluación de la **gestión** en términos de sus **resultados** frente a la población.

La evaluación es una función del proceso administrativo. Entre las funciones de secuencia (diagnóstico, planeación, organización, dirección, evaluación y control) su importancia se deriva en que es la función guía o "brújula" para la dirección de la gestión administrativa. Si no se evalúa no se adquiere la conciencia de la dirección.

Es fácil distinguir que la función de evaluación se orienta a hacer juicios sobre las intervenciones que van a resolver el problema detectado mediante la función de diagnóstico.

Diagrama # 1

Evaluación de servicios de salud.



FUENTE: Evaluación de Servicios de Salud, según modelo PRIDES.

En el diagrama anterior se presentan los componentes principales del Modelo con un ordenamiento lógico que sigue la clasificación sugerida por varios autores (Donabedian A; A Suchman E., Echeverri O entre otros): Evaluación del esfuerzo o energía invertida

por un sujeto (programa, servicio, institución, función actividad) en lograr un objetivo o resultado(s).

En la dimensión esfuerzo se distinguen dos componentes: uno tangible y relativamente estático que es la Estructura de los servicios y otro intangible y dinámico que es el Proceso administrativo envuelto en su producción.

Si bien los resultados o impactos de los servicios sobre las necesidades de salud de las personas deben constituir la parte central de la evaluación, ya en ausencia de los mismos todo esfuerzo es perdido, el administrador debe controlar el producto o el resultado logrado con el esfuerzo que se ha desarrollado para alcanzar ese resultado.

La Estructura

Disponibilidad y accesibilidad: la disponibilidad define los recursos existentes en función de la población a servir. El análisis de la disponibilidad debe tener en cuenta los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores señalan el número de recursos por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga un significado válido, los recursos deben eludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios.

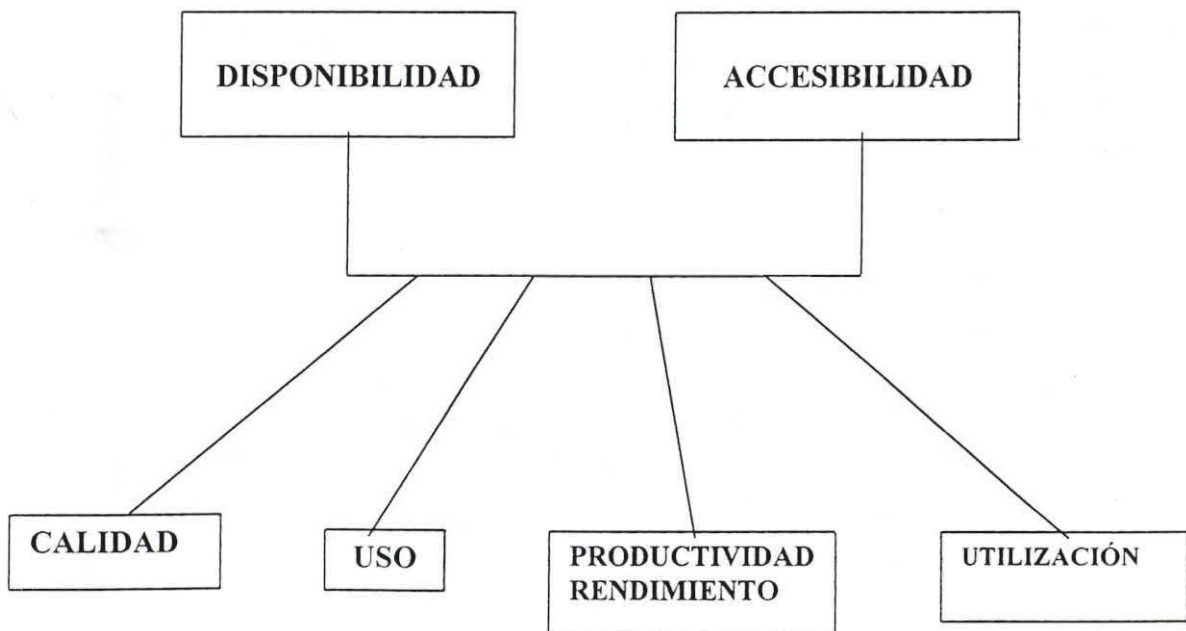
Además de la disponibilidad de recursos se requiere que estos recursos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos. La accesibilidad está entonces íntimamente ligada con la disponibilidad , a pesar de ser conceptos distintos. En el estudio de accesibilidad

de servicios, se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de éstos por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población, frente a las tarifas establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la agencia determinados por su localización física, o los horarios de atención, barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios.

La disponibilidad y accesibilidad afectan tanto a las variables que determinan la eficiencia de la agencia (productividad y utilización) como las variables que determinan los resultados sobre la población (calidad y uso).

Diagrama # 2

Relación de la disponibilidad y accesibilidad con otras variables



FUENTE: Evaluación de Servicios de Salud, modelo PRIDES.

Proceso

Extensión e intensidad del uso: la extensión del uso señala la proporción de la población objetivo que hizo contacto con un determinado servicio durante cierto período, pero no dice si el contacto era necesario (o si tuvo el efecto esperado).

La intensidad del uso se encuentra dividiendo el número de unidades de servicios (o de actividades) por el número de usuarios de los mismos, y se expresa en el número de consultas por consultante, de días de estancia por paciente hospitalizado, de dosis o tipos de vacunas aplicadas por personas vacunadas.

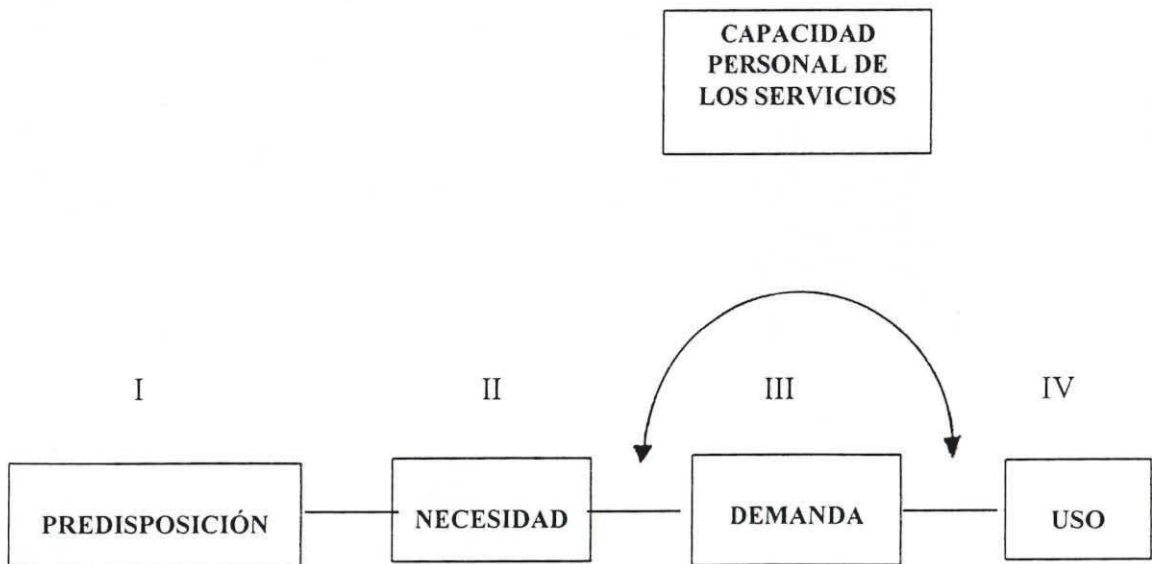
La noción de intensidad o concentración del uso es una noción opuesta a la extensión del uso y por consiguiente a la ampliación de las coberturas: incrementar la intensidad equivale a concentrar más servicios en las mismas personas, mientras que incrementar la extensión del uso, equivale a llegar a más personas con los servicios. Ante las inevitables limitaciones de los recursos, un incremento en un sentido, causa reducción en el otro.

El nivel del uso de los servicios por la población es la resultante de la acción de numerosos factores que se pueden sintetizarse en un modelo analítico en el cual se asume que para que el individuo demande los servicios debe estar favorablemente predispuesto a recibirlos y debe percibir de alguna forma la necesidad del servicio. De acuerdo con la percepción que los individuos tienen de sus necesidades de salud y el conocimiento que tengan de los servicios tradicionales y modernos, deciden automedicarse, consultar o no hacer nada. Cuando deciden consultar generan una

demanda de servicios. En esta decisión influye en cierta forma la capacidad del individuo y de las propias agencias.

La capacidad de las agencias para prestar los servicios está representada por la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros y por su accesibilidad a la población. Tanto la disponibilidad como la accesibilidad configuran la oferta de servicios la cual determina que la demanda se traduzca finalmente en uso. Así toda una serie de factores que influyen en la demanda de servicios y la oferta de la agencia y la capacidad de los individuos, son los que determinan el uso de los servicios por la población.

Diagrama # 3
Etapas y Factores determinantes
del uso de Servicios de Salud



FUENTE: Evaluación de Servicios de Salud, según modelo PRIDES.

Utilización cuantitativa: la utilización se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo, mide el empleo real de los recursos de la agencia, y por consiguiente, permite identificar el recurso existente no utilizado o subutilizado. Un ejemplo es la proporción de horas médico contratadas que son efectivamente trabajadas.

Utilización organizacional: Los indicadores de productividad, utilización y rendimiento, muestran el aspecto cuantitativo de la gestión pero no indican la existencia o no de cierta lógica entre el recurso utilizado y la actividad que se ejecuta con ellos.

Por uso apropiado o lógico se entiende que el usuario es atendido por un servicio cuya complejidad es consistente con las necesidades del primero. El concepto de uso apropiado es consecuencia del hecho de que para atender cada una de las diferentes necesidades de salud existe una variedad de opciones que producen el mismo resultado en términos científicos y humanos, pero varían sustancialmente en sus costos.

Productividad y rendimiento: se define como productividad, el número de actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso existente en un tiempo dado. Al analizar la productividad de un programa, servicio o agencia el estudio de su comportamiento histórico puede servir para establecer metas sobre lo que es deseable y posible.

El rendimiento se define como el número de actividades producidas por unidad de recurso utilizado. El rendimiento es semejante a la productividad, pues en ambos casos el numerador es el número de actividades o servicios realizados, pero mientras en la productividad el denominador es el recurso disponible, en el rendimiento lo es el

recurso realmente utilizado. Por ello mismo cuando la utilización de un recurso es el 100%, el rendimiento coincide con la productividad. Así, el número de consultas por hora médica trabajada, es un indicador de rendimiento.

Calidad: la calidad técnica se define en términos de cuatro variables:

- ❖ La integridad: es decir, satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
- ❖ Los contenidos: es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
- ❖ La destreza o habilidad: es decir, hacer bien lo que se debe hacer y
- ❖ La oportunidad: es decir, hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.

La calidad del servicio depende esencial - pero no exclusivamente - del acto "médico" en términos de sus especificaciones técnicas, la oportunidad en la prestación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención y las relaciones interpersonales entre el paciente y quienes prestan el servicio.

Los Resultados

La evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación de sus resultados o de su impacto sobre las personas que son el objetivo final o la razón de ser de los servicios. La verdad es de que si no se obtienen resultados benéficos tangibles para la población, la gestión de la agencia debe ser cuestionada, así los demás aspectos de la gestión parezcan favorables.

Efectividad: para determinar la efectividad de un servicio, se debe conocer la situación de salud de la población – objetivo (necesidad), antes y después de realizar las acciones

que se pretenden evaluar. Los indicadores de efectividad que miden retrospectivamente el impacto de los servicios, sirven así mismo para reflejar en gran parte las necesidades que prospectivamente les corresponde satisfacer a dichos servicios.

Cobertura: se define como la proporción de personas con necesidad de servicios que han recibido para dicha necesidad, indica en otras palabras si los servicios de salud están llegando a la población que realmente los necesita y por consiguiente dista sideralmente de las nociones de filiación o población asignada, con las cuales se confunde tan frecuente como incorrectamente. En un servicio de inmunizaciones, un indicador sería la proporción de personas vacunadas del total de susceptibles para una enfermedad dada.

Eficacia: se mide en términos del resultado deseado o del propio objetivo del servicio. Así cuando el objetivo del servicio es curar, su eficacia se mide en términos de los pacientes atendidos que logran su curación, proporción de personas curadas en relación a personas tratadas. Si el objetivo del servicio es prevenir, la eficacia se mide en términos de las personas protegidas, por ejemplo, la proporción de personas inmunizadas sobre el número de personas vacunadas.

Existen además de los criterios médico-clínico de clasificación del estado del paciente, otros criterios más subjetivos que se refieren a otra dimensión de la eficacia, en términos del grado de satisfacción que el usuario obtiene como consecuencia del "trato recibido". Al primer resultado que llamamos "eficacia clínica", podemos entonces agregar un segundo resultado o eficacia en términos humanos comúnmente llamado "satisfacción".

Eficiencia: la relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados se conoce como la eficiencia de la agencia, el servicio o el programa.

La eficiencia de un servicio, un programa o actividad, es mayor cuando logra el mismo impacto en la población con menores recursos, o cuando con iguales recursos se logran mejores resultados.

Es importante verificar que el resultado tenga relación de causalidad directa con el esfuerzo realizado, pues se presentan casos en los cuales el resultado es el fruto de otros esfuerzos en salud., o incluso de acciones tomadas por otros sectores.

VI. METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, fue realizado en el periodo comprendido entre junio y agosto del 2000. Se utilizó como diseño metodológico la investigación cuantitativa y cualitativa.

La investigación cuantitativa basada en el método descriptivo, incluyó la revisión de archivos estadísticos, perfil epidemiológico, indicadores de evaluación de gestión construidos en base a la información disponible del trimestre comprendido entre enero y marzo del 2000.

En la investigación cualitativa se combinó algunas técnicas entre ellas encuestas a los usuarios internos (se encuestó al 68% del personal del Centro de Salud Metropolitano) y externos(encuesta durante una semana en el centro de salud y las encuestas a la comunidad seleccionadas por método aleatorio simple durante el periodo del estudio), las encuestas mencionadas fueron previamente validadas mediante pruebas de campo. Nuestra investigación es más académica que científica, por lo que las muestras son por conveniencia más no probabilísticas.

También se realizaron entrevistas a expertos en el tema, y por último la observación directa de la forma de atención bajo la estrategia AIEPI y de las instalaciones y servicios de los que dispone el centro de Salud Metropolitano.

ESTRUCTURA METODOLÓGICA DEL TRABAJO

En el presente trabajo hemos utilizado:

COMPONENTE 1 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Para evaluar las habilidades del personal del Centro de Salud Metropolitano, en función del conocimiento de la estrategia AIEPI, al momento de atender casos por medio de pautas adaptadas a la localidad y actividades que promuevan el uso de estas pautas, hemos considerado:

1. Realizar una encuesta para todo el equipo del centro de salud, utilizando una encuesta precodificada con preguntas cerradas y una pregunta abierta que permita al encuestado expresar en sus términos el grado de conocimiento que tiene de la estrategia (ver anexo 2).
2. Realizar un grupo focal con todo el equipo del centro de salud, lo que nos permitirá obtener información cualitativa sobre aspectos relevantes para nuestro trabajo acerca de la implementación de la estrategia AIEPI (ver anexo 3).
3. Elaborar y realizar un estudio de caso de la estrategia AIEPI con el personal del centro de salud, que nos permita apreciar como el equipo de salud identifica, percibe, valora, explica, sirve para evaluar y encontrar respuesta a problemas particulares de la implementación de la estrategia (ver anexo 4).
4. Obtener la proporción de personal del CS Metropolitano capacitado en la estrategia.
5. Observación directa, por parte de los investigadores, de la atención que presta el equipo de salud con la estrategia AIEPI y de las familias, la misma que nos permitirá comparar lo que el informante hace, con lo que dice, ver como se presta la atención desde que el paciente entra a la unidad de salud, mientras la auxiliar o enfermera lo preparan, el médico le atiende, la dispensación de recetas en farmacia, hasta llegar a ver cómo las madres cuidadoras preparan el suero oral, por citar un ejemplo.

COMPONENTE 2 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Para evaluar la gestión del sistema de salud (Centro Metropolitano - área 2 Trinitaria) en su búsqueda de atender eficazmente las enfermedades prevalentes de la infancia, hemos considerado:

1. Recopilar documentación escrita, estadística, audiovisual de los departamentos de Estadística del área de Salud # 2, de la Dirección Provincial de Salud del Guayas y del Hospital de Niños Francisco de Ycaza Bustamante (partes diarios, concentrados mensuales y anuales, análisis de historias clínicas, tabulación de datos), de la Sede en Quito y Subsede en Guayaquil de la OPS / OMS.
2. Construir indicadores para evaluar la gestión de la estrategia en el Centro de Salud Metropolitano durante el primer trimestre del 2000 (ver anexo 5).
3. Verificar la cobertura de vacunación, como un indicador relevante, a través de encuestas a las madres en sus hogares, lo que nos permitirá comparar los datos obtenidos y confrontarlos a los que reposan en los reportes estadísticos emitidos por el área (ver anexo 6).
4. Opinión de expertos nacionales e internacionales sobre la estrategia AIEPI (ver anexo 7), profesionales que por su formación, experiencia, o función que desempeñan, tienen el privilegio de poseer información valiosa sobre la implementación y aplicación de la estrategia AIEPI en el Ecuador:
 - ❖ Entrevista con Dr. Keith Carter, representante de la subsede OPS / OMS en Guayaquil.
 - ❖ Entrevista con Dr. Hugo Noboa, Consultor de OPS / OMS en Quito.

- ❖ Entrevista con Dra. Julia Palacios, Coordinadora del AIEPI para la provincia del Guayas.
- ❖ Entrevista con Dr. Jorge Toledo F., Jefe de Salud Infantil de la Subsecretaría de Medicina Tropical.

COMPONENTE 3 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Para realizar una evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las familias y comunidad, en lo que respecta a la estrategia, hemos considerado:

1. Realizar una encuesta a las madres y cuidadores en el centro de Salud Metropolitano, con el objeto de saber el grado de satisfacción y conocimiento que tienen de la estrategia (ver anexo 8).
2. Realizar una encuesta CAP, dirigida a las madres y cuidadores de los pacientes en sus comunidades, que nos permitirá obtener información clara sobre la comprensión que tienen las madres de la estrategia y las soluciones que ésta brinda para mejorar la calidad de vida de las familias (ver anexo 9).
3. Realizar un grupo focal con las madres y cuidadores de los pacientes atendidos con AIEPI, lo que nos permitirá obtener información cualitativa sobre aspectos relevantes para nuestro trabajo acerca de la implementación de la estrategia AIEPI (ver anexo 10).

Como complemento a las actividades antes mencionadas, realizaremos una revisión bibliográfica y de materiales de diversa índole (ponencias, normas, fotos, videos, etc), con el objeto de tener una visión más amplia de la estrategia AIEPI y del tema en sí.

VII. RESULTADOS

COMPONENTE 1 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

- ❖ Al evaluar las habilidades del personal del Centro de Salud Metropolitano, en lo que respecta al conocimiento de la estrategia AIEPI, para atender casos por medio de pautas adaptadas a la localidad y actividades que promuevan el uso de estas pautas; se obtuvo como resultados:
 1. En la encuesta realizada a todo el equipo del centro de salud, la misma que fue realizada según el cronograma establecido, habiéndose podido encuestar a 23 (68%) de las 34 (100%) personas que conforman el equipo de salud, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1

Grado de conocimiento de la palabra AIEPI por el equipo de salud.

CONOCIMIENTO PALABRA AIEPI	# PERSONAL ENCUESTADO	% PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD
SI	13	57%
NO	10	43%
TOTAL	23	100%

FUENTE: Encuesta al equipo de salud.

A la pregunta 1 si conocía el significado de la palabra AIEPI, el 57% (13) de los encuestados contestó afirmativamente y pudo explicar con sus propias palabras su significado, el 43% restante manifestó no conocer de qué se trataba, en algún caso, no saber inclusive ni como se escribía.

Tabla 2

Grado de conocimiento de la estrategia por parte del equipo de salud.

GRADO DE CONOCIMIENTO ESTRATEGIA	# PERSONAL ENCUESTADO	% PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD
Excelente	5	22%
Regular	10	43%
No conoce	8	35%
TOTAL	23	100

FUENTE: Encuesta al equipo de salud.

A la pregunta 2 de conocimientos generales de la estrategia, de acuerdo a lo que el personal contestaba de la misma, se codificaba la respuesta en:

- ❖ No conoce, si durante la encuesta podíamos determinar que la persona encuestada no sabía el significado de la palabra, ni de la estrategia como tal. Del personal encuestado el 35% no sabía nada de la estrategia.
- ❖ Regular si la persona encuestada podía describir el significado de las siglas y no conocía población a la que estaba dirigida la estrategia, componentes y objetivos generales de la estrategia. Del personal encuestado el 43% conocía un poco más de la estrategia a más del significado de la palabra.
- ❖ Excelente, si conocía significado de la palabra AIEPI, población a la que estaba dirigida, componentes y objetivos generales de la estrategia. El 22% de los encuestados conocía de excelente forma la estrategia AIEPI.

A la pregunta 3 de cuánto tiempo de sus horas contratadas utilizaban en atender a menores de 5 años, se hizo una primera clasificación de quienes no sabían nada de la estrategia y de quienes sabían de forma regular o excelente de la estrategia. Entre el personal que si sabía de la estrategia se obtuvieron las siguientes respuestas:

Tabla 3

**Porcentaje de horas contratadas utilizadas
Por el equipo de salud en atender < 5 a.**

%HC UTILIZADAS ATENCIÓN < 5 A.	% PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD
De 75% o más	29%
De 50%	29%
De 25%	29%
De 0%	13%
TOTAL	100%

FUENTE: Encuesta al equipo de salud

- ❖ El 29% del personal utiliza más del 75% de sus horas contratadas en atender a menores de 5 años bajo la estrategia AIEPI.
- ❖ El 29% del personal utiliza el 50% de sus horas de trabajo contratadas en atender a menores de 5 años bajo la estrategia AIEPI.
- ❖ El 29% del personal utiliza el 25% de sus horas de trabajo contratadas en atender a menores de 5 años bajo la estrategia AIEPI.
- ❖ El 13% del personal no utiliza nada de su tiempo en atención directa a menores de 5 años de edad.

Es importante anotar que pudimos observar que el 50% (35% de todo el personal del centro de salud) del personal que contestó no conocer nada acerca de la estrategia AIEPI, utiliza el 50% de sus horas contratadas en dar algún tipo de atención a niños / niñas menores de 5 años

Tabla 4

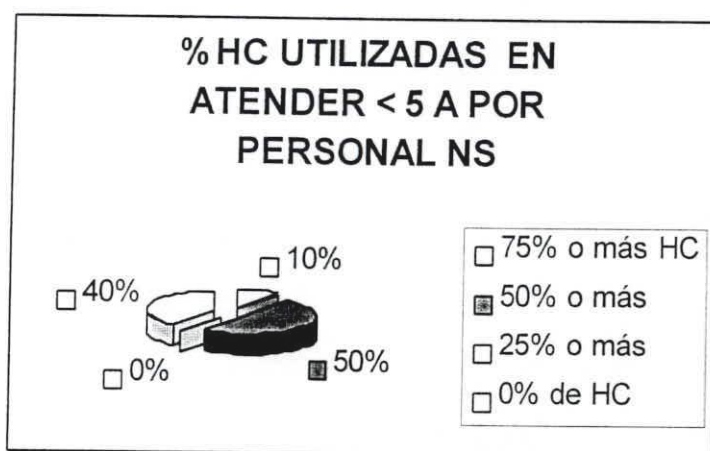
Porcentaje de horas contratadas utilizadas en atender a < 5 a. por personal que no conoce nada de la estrategia.

% HC UTILIZADAS ATENCION < 5 A. NO SABE	# PERSONAS	%
75% o más HC	1	10
50% o más	5	50
25% o más	0	0
0% de HC	4	40
TOTAL	10	100

FUENTE: Encuesta al equipo de salud

Gráfico 1

Porcentaje de horas contratadas utilizadas en atender a < 5a por personal que no conoce nada de la estrategia.



FUENTE: Encuesta al equipo de salud.

2. El grupo focal realizado a todo el equipo del centro de salud, nos permitió obtener información cualitativa sobre aspectos relevantes para nuestro trabajo acerca de la implementación de la estrategia AIEPI (ver anexo 2).

Se pudo observar que el personal del equipo de salud, a ratos por sus actividades propias del centro de salud, tiene conocimientos de forma general acerca de la estrategia AIEPI, con relación a cuando se inició el estudio que manifestaban no conocer casi nada de

ella. Eso nos lleva a razonar que mucho del avance ha sido por iniciativa **propia** de querer saber algo más, demostrando proactividad que es algo muy valioso.

Están convencidos como equipo, de que la estrategia es una excelente alternativa de intervención, con la que se logrará llegar efectiva y oportunamente a los menores de 5 años de su área.

Creen además que todo esto es un proceso y que a medida que pase el tiempo se irán involucrando más en la estrategia, porque es básico que todos hablen el mismo idioma.

Manifestaron además que la desmotivación actual es producto de toma de decisiones verticales, en las que no se los involucra sino tan solo para la ejecución. Cada integrante del equipo trabaja a su manera y no de forma integrada.

3. Se diseñó un estudio de caso de la estrategia AIEPI (ver anexo 4) para que el personal del centro de salud lo resolviera, el mismo que nos permitió apreciar de manera más fidedigna como el equipo de salud identifica, percibe, valora, explica, sirve para evaluar y encontrar respuestas a problemas particulares de aplicación de la estrategia.

La forma como se evaluó fue **excelente** si al resolver el caso hacía uso y clasificaba adecuadamente al paciente en el formulario, prescribía un tratamiento de acuerdo al manual de procedimientos y daba recomendaciones a la madre de cuando regresar; se evaluó como **bueno** si al resolver no hacía uso del formulario pero contestaba en las

preguntas formuladas en la hoja del caso de acuerdo a la estrategia AIEPI, y se evaluó como **regular** si su conocimiento era realmente escaso acerca de la estrategia.

Tabla 5

Grado de conocimiento del personal

ESTUDIO DE CASO	# PERSONAL	% PERSONAL
Excelente	4	29%
Bueno	5	36%
Regular	5	36%
TOTAL	14	100%

FUENTE: Estudio de caso para el personal.

4. Se obtuvo la proporción de personal capacitado en la estrategia AIEPI

Proporción de personal capacitado en la estrategia AIEPI:

Número de personas del equipo de salud capacitadas en la estrategia AIEPI x 100

Número total de personas que conforman el equipo de salud

Reemplazando términos tenemos: $7 / 34 \times 100 = 21\%$

Lo que significa que el 21% del personal que labora en el Centro de Salud Metropolitano está capacitado en la estrategia AIEPI y está disponible para dar atención bajo esta estrategia a menores de 5 años de edad. El 79% restante no ha recibido capacitación para resolver oportunamente problemas que presente esta población.

Tabla 6

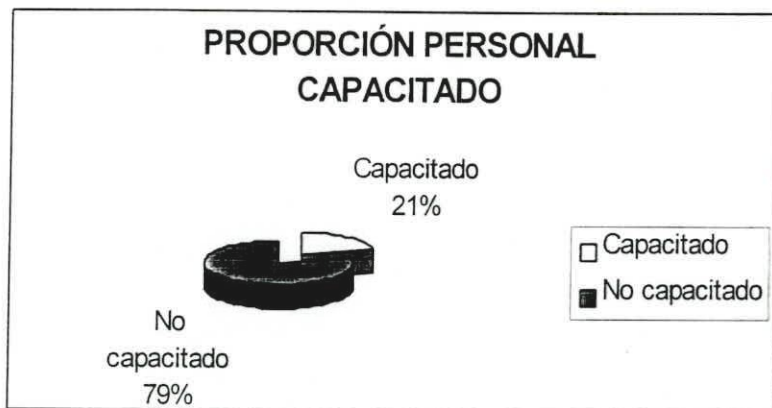
Proporción de personal capacitado en AIEPI.

PROPORCIÓN DE PERSONAL CAPACITADO	#	%
Capacitado	7	21
No capacitado	27	79
Total	34	100

FUENTE: Entrevista con coordinación del Centro.

Gráfico 2

Proporción de personal capacitado en AIEPI



FUENTE : Entrevista a la Coordinación del Centro SM.

5. La observación directa ha aportado mucho en el sentido de que pudimos apreciar que la estrategia es aplicada básicamente por los médicos, pese a que hay enfermera y auxiliar de enfermería capacitadas que en la actualidad aportan con peso, talla y temperatura, pero no con atención cuando no está la pediatra.

Se pudo apreciar además que en el componente educativo todavía resta mucho por avanzar, ya que su principal elemento que es el humano, en este caso la educadora para la salud, ha tenido que autocapacitarse porque no ha habido réplica de las personas ya capacitadas de una manera formal, quizás si informalmente entre los médicos hacia la médica que atiende en emergencia y que un 50% de sus horas utiliza en atender a menores de 5 años.

En cuanto a la aplicación de la estrategia si se siguen sus normas, sus formularios, sus prescripciones, en general eso es muy completo y no quedan dudas de que hay un buen accionar. Sin embargo es fácil observar la escasez de insumos y recursos para que dicha

atención bajo la estrategia fuera del consultorio de pediatría sea integral, eficaz y eficiente.

COMPONENTE 2 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

❖ Se evaluó la gestión del sistema de salud (Centro Metropolitano - área 2 Trinitaria) en su búsqueda de atender eficazmente las enfermedades prevalentes de la infancia, encontrándose lo siguiente:

1. Se construyeron indicadores para evaluar la gestión de la estrategia en el Centro de Salud Metropolitano durante el primer trimestre del 2000 (ver anexo 5).

Elaboración de indicadores de gestión

Estructura.

La **Accesibilidad** es excelente, ya que siendo una unidad de Salud ubicada estratégicamente junto a una vía de fácil acceso, como es la Perimetral, permite que los usuarios externos vengán fácilmente a la misma, dejando sus unidades cercanas, ya que se les presenta más fácil tomar un línea de bus que les deja al pie de la unidad, que caminar 6 o 10 cuadras sin asfaltar, polvosas, soleadas y en muchos casos exponerse a los riesgos de asaltos. Además que la unidad cuenta con una infraestructura física y recursos superiores a la de las demás unidades de salud del mismo MSP y no se diga del sector privado.

Disponibilidad = # de trabajadores capacitados con AIEPI en el CSM

$$\begin{aligned} & \text{Población } < \text{ de } 5 \text{ a asignada al CSM para el período} \\ & = \frac{7}{986} = 0.007 = 0,7 \% \end{aligned}$$

986

La unidad de salud cuenta con menos de un profesional capacitado en la estrategia AIEPI, por cada 100 menores de 5 años que requieren atención.

Proceso.

USO

Intensidad de uso =

de niños < de 5 a con controles subsecuentes de AIEPI en el Período

Población < de 5 a atendidos en el período

$$= \frac{434}{1477} = 0,29 = 29 \%$$

1477

Extensión de uso = # de niños < de 5 a atendidos en el CSM con AIEPI en el P.

Población < de 5 a asignada al CSM para el período

$$= \frac{1477}{986} = 1,49 = 149 \%$$

986

Utilización = # de horas consultorio ocupadas por AIEPI en el período

de horas consultorio disponible para AIEPI en el período

Médico # 1:

$$\frac{240}{480} = 0,5 = 50\%$$

480

Médico # 2:

$$\frac{180}{480} = 0,37 = 37\%$$

480

Médico # 3:

$$\frac{480}{480} = 1 = 100\%$$

480

Productividad =

de controles a < 5 a realizados por el profesional capacitado con AIEPI en el período
de horas trabajadas por el profesional capacitado con AIEPI en el periodo.

Médico # 1:

$$\frac{429}{240} = 1,8 \text{ realiza casi 2 controles a } < \text{ de 5a por hora contratada en el periodo}$$

240

Médico # 2:

$$\frac{258}{180} = 1,43 \text{ realiza un control a } < \text{ 5a por hora contratada en el periodo}$$

180

Médico # 3:

$$\frac{790}{480} = 1,6 \text{ realiza casi 2 controles a } < \text{ 5 a por hora contratada en el periodo}$$

480

Resultados.

Cobertura: # de niños < de 5 años atendidos en el CSM con AIEPI en el período

Población < de 5 a asignada al CSM En el período

$$= \frac{1477}{986} = 1.49 = 149\% \quad ; ???$$

986

Cobertura de **vacunación** según encuesta.

= Número de niños vacunados

Numero de niños encuestados

$$= \frac{20}{20} = 1 = 100\%$$

20

Eficacia de vacunación según encuesta realizada:

= Número de < 5 a con esquema completo de vacunación

Número de niños vacunados

$$= \frac{14}{20} = 0,7 = 70 \%$$

20

2. Se verificó la cobertura de vacunación, como un indicador relevante, a través de encuestas a las madres en sus hogares, lo que nos permitió comparar los datos obtenidos y confrontarlos a los que reposan en los reportes estadísticos emitidos por el área (ver anexo 6).

Tabla 7

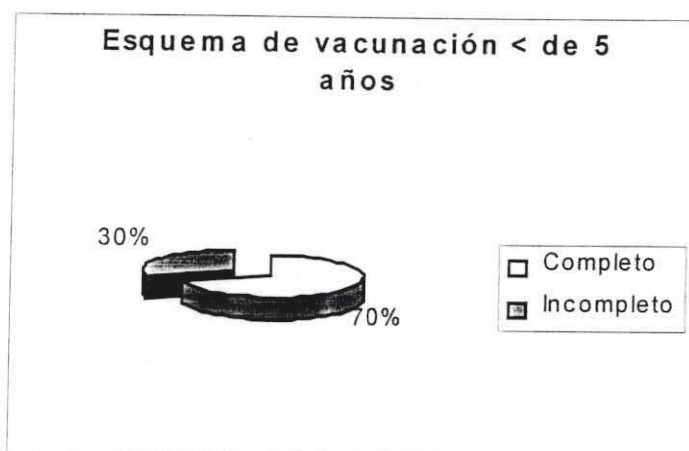
Esquema de vacunación < de 5 años

Esquema de vacunación	0 - 5 años	
	#	%
Completo	14	70
Incompleto	6	30
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta de verificación de vacunación.

Gráfico 3

Esquema de vacunación en < de 5 años.



FUENTE: Encuesta de verificación de vacunación.

Las madres encuestadas todas llevan a sus hijos a vacunarse al Centro de Salud Metropolitano, el 70% de los carnets estaban al día en sus vacunas de acuerdo a la edad que tenían y el 30% restante tenían incompleto su esquema de vacunación de acuerdo a la edad que tenían los menores, manifestaban que los esquemas estaban incompletos porque ellas se habían demorado en llevar a sus hijos a vacunarse en algunos casos, cuando van al centro de salud no hay vacunas, en otros casos, o porque cuando hay campañas de vacunación ni se enteran o las vacunas no alcanzan.

Llama la atención que los datos obtenidos no concuerdan con los que reposan en los archivos estadísticos, donde sus coberturas son mayores en años anteriores.

3. Se realizaron entrevistas a profesionales nacionales e internacionales expertos en la estrategia AIEPI (ver anexo 7), obteniéndose sus opiniones acerca del avance de la estrategia en la provincia y el Ecuador.

En general coinciden en manifestar que la estrategia AIEPI es una excelente alternativa de intervención, que busca disminuir morbilidad y mortalidad en menores de 5 años. Manifiestan que el fuerte de la estrategia es la capacitación al equipo de salud para que desarrolle habilidades que permitan atender de una manera más eficiente y oportuna, y a las madres y cuidadores de los menores de 5 años para que aprendan nuevas habilidades en el manejo adecuado de sus hijos, sobre todo en esta época tan difícil para la sociedad ecuatoriana marginada a los cordones de pobreza.

En cuanto al avance de la misma, este ha sido importante en materia de capacitación e implementación, sin embargo, todavía falta mucho por recorrer porque a los equipos de salud les corresponde hacer ajustes y adaptar la estrategia a lo local, y realizar los seguimientos efectivos tanto a la estrategia como a los usuarios de la mismas, sean estos internos o externos.

Es pronto para evaluar la efectividad de la estrategia, la misma que debe ser evaluada en el largo plazo, ya que hay muchas agencias internacionales interviniendo con fondos para la creación e implementación de la misma.

Concuerdan finalmente al expresar que si todos los equipos de salud hablaran el mismo idioma, se salvarían muchas más vidas de las esperadas. Además de que es una estrategia integral en todos y cada uno de los involucrados debe actuar con certeza.

COMPONENTE 3 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

❖ Al evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las familias y comunidad, en lo que respecta a la estrategia tenemos que:

1. Se realizó una encuesta a 50 madres y cuidadores en el centro de Salud Metropolitano, con el objeto de saber el grado de satisfacción y conocimiento que tienen de la estrategia AIEPI, lo que nos permitió conocer los siguientes resultados:

Tabla 8

Tipo de consulta en menores de 5 años

TIPO DE CONSULTA	#	%
Primera consulta	0	0%
Subsecuente	50	100%
Total	50	100%

FUENTE: Encuesta a madres en CSM

A la pregunta si hoy es su primera consulta en el Centro de Salud o es la segunda vez que acuden al mismo, nos contestaron el 100% de encuestadas que era subsecuente, lo que nos indica el grado de seguimiento que hace el médico pediátrico de sus pequeños pacientes. Llama la atención que cuando se revisan archivos estadísticos del primer

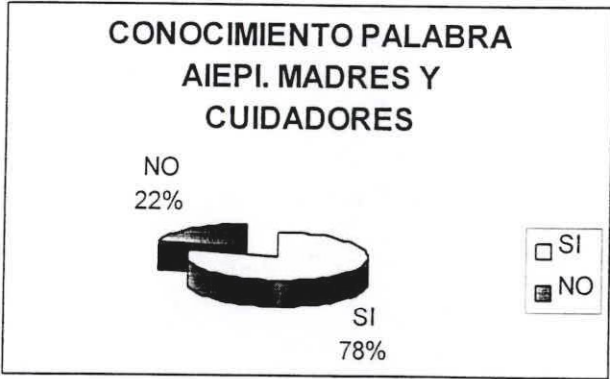
trimestre del 2000 nos encontramos con que apenas el 29% de los niños menores de 5 años regresan por una consulta de seguimiento.

Tabla 9
Conocimiento de palabra AIEPI
en madres y cuidadores

CONOCIMIENTO PALABRA AIEPI. MADRES Y CUIDADORES	#	%
SI	39	78
NO	11	22
TOTAL	50	100

FUENTE: Encuesta a madres en CSM

Gráfico 4
Conocimiento de palabra AIEPI en madres y
cuidadores



FUENTE: Encuesta a madres en CSM

A la pregunta si conocía el significado de la palabra AIEPI, el 78% de las madres contestó afirmativamente y el 22% contestó no haber escuchado la palabra, pero dijeron conocer de qué se trata la estrategia, con sus palabras; porcentaje que contrasta con el obtenido para el equipo de salud.

Tabla 10

Tipo de formas de atención a < 5 años en CSM

FORMA DE ATENCION	#	%
De forma convencional	1	2
Con AIEPI	49	98
Total	50	100

FUENTE: Encuesta a madres en CSM

A la pregunta de cómo le han atendido a su niño / niña contestaron el 98% que mediante la Estrategia AIEPI, y el 2% que de manera convencional, lo que nos demuestra que el mayor porcentaje de niños menores de 5 años, son atendidos en el Centro mediante la aplicación de la estrategia.

Tabla 11

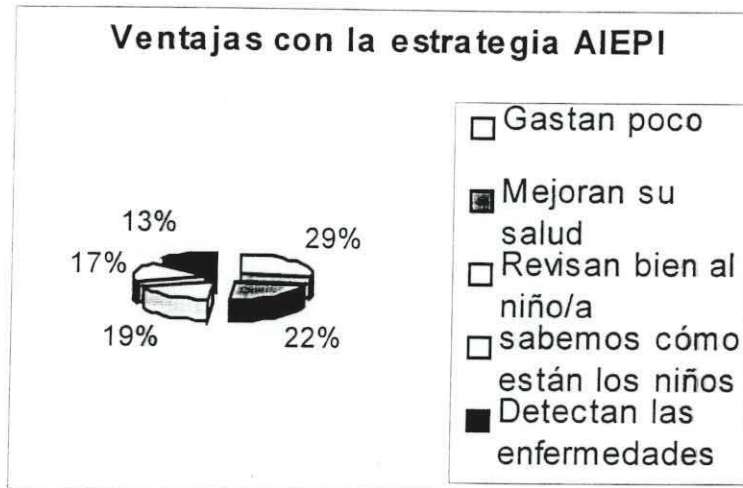
Ventajas de la atención con AIEPI a < 5 a.

CON LA ESTRATEGIA AIEPI	Ventajas
Gastan poco	29%
Mejoran su salud	22%
Revisan bien al niño / niña	19%
Sabemos cómo están los niños	17%
Detectan las enfermedades	13%
TOTAL	100%

FUENTE: Encuesta a madres en CSM

Gráfico 5

Ventajas en la atención con AIEPI < 5 años



FUENTE: Encuesta a madres y cuidadores en CSM

Se les pidió que mencionaran 2 ventajas y dos desventajas del AIEPI, a lo que las madres respondieron: el 29% dijeron que “no gastan demasiado”, el 22% que “mejoran su estado de salud”, el 19% “revisan bien al niño / niña”, el 17% nos enteramos mejor cómo están los niños” y “ detectan mejor las enfermedades”, un 13%, entre las respuestas más relevantes en porcentajes.

Cuando se les pidió desventajas el 100% afirmó que no consideran que el AIEPI tenga ninguna desventaja.

Tabla 12

Tipos de medicamentos prescritos en el CSM

TIPOS DE MEDICAMENTOS PARA LA TOS	#	%
Genéricos	28	31%
De marcas (comerciales)	22	25%
Naturales	37	42%
Otros	1	2%
TOTAL	88	100%

FUENTE: Encuesta a madres en CSM

A la pregunta sobre el tipo de medicina que le han prescrito para curar la tos, hubo 88 respuestas, ya que las madres dieron 2 o más respuestas a la misma pregunta; el 31% afirma que le prescribieron medicamentos genéricos, el 25% que le prescribieron medicamentos de marca o comerciales, el 42% medicamentos naturales y un 1% le prescribieron otros medicamentos (los cuales las madres no sabían que tipo de medicamentos eran). Las respuestas múltiples se dieron porque las madres afirman que para el mismo paciente le prescriben dos tipos de medicamentos diferentes, es decir, de marca más naturales o genéricos más naturales, muy rara vez es uno solo.

Tabla 13

Costos de recetas en atención a < 5 años

COSTO DE RECETA CON AIEPI	#	%
Receta Económica con AIEPI	43	86%
Receta no económica con AIEPI	7	14%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuesta a madres en CSM

El 86% de las madres opinó que les parece más económica la receta con la estrategia AIEPI, el 14% restante dice que no es más económica, ya que depende de lo que el médico prescribe y del tipo de médico.

Tabla 14

Grado de satisfacción de la atención con Estrategia

AIEPI a < 5 A.

GRADO DE SATISFACCION DE LA ATENCION CON ESTRATEGIA AIEPI	#	%
Satisfecha	49	98%
No satisfecha	1	2%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuesta a madres y cuidadores en CSM

Se preguntó a las madres si les gusta que la Pediatra atienda al paciente sentada junto a él, el 98% contestó que sí, el 2% restante dice que sí pero que su médico no lo hace así, esta es una de las herramientas de las que se vale el AIEPI para dar una mejor forma de atención al usuario.

Tabla 15

Grado de satisfacción de atención médica a < 5 años

GRADO DE SATISFACCION DE LA ATENCION MEDICA DE LA PEDIATRA	#	%
Satisfecha	50	100%
No satisfecha	0	0%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Encuesta a madres y cuidadores en CSM

Las madres manifestaron un grado de satisfacción del 100% con respecto a la atención médica pediátrica, se les preguntó si le gusta cómo le atiende la Pediatra en el Centro de Salud respondieron que si, que les gustaba mucho cómo atiende la Pediatra de esta Unidad Operativa.

- Se realizó una encuesta CAP a madres y cuidadores de los pacientes en sus comunidades, que nos permitió obtener información clara sobre la comprensión que tienen las madres de la estrategia y las soluciones que esta brinda para mejorar la calidad de vida de las familias(ver anexo 8). Por método aleatorio simple se encuestaron 20 madres pertenecientes a diferentes cooperativas de vivienda del sector que corresponden al área de influencia del Centro de Salud Metropolitano Trinitaria.

Tabla 16

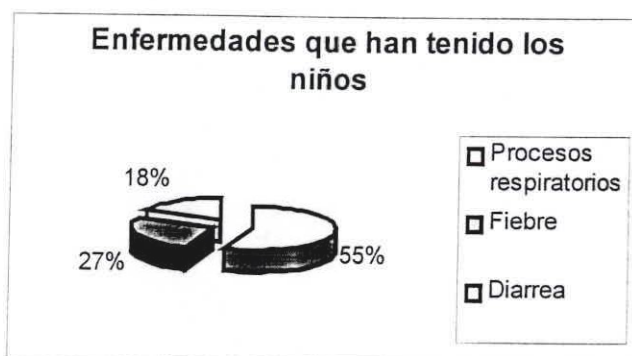
Perfil epidemiológico de < 5 años en la comunidad

ENFERMEDADES QUE HAN TENIDO LOS NIÑOS	#	%
Procesos respiratorios	25	55%
Fiebre	12	27%
Diarrea	8	18%
TOTAL	45	100%

FUENTE: Encuesta CAP a madres y cuidadores.

Gráfico 6

Perfil epidemiológico de < 5 años en la comunidad



FUENTE: Encuesta CAP a madres y cuidadores

De los niños encuestados, las madres refirieron que en los últimos días, el 55% enfermaron de procesos respiratorios (gripe, tos). El 27% tuvieron fiebre y el 18% diarrea, lo que nos permite tener una idea del perfil epidemiológico del sector que nos permite observar una alta incidencia de IRA.

Tabla 17

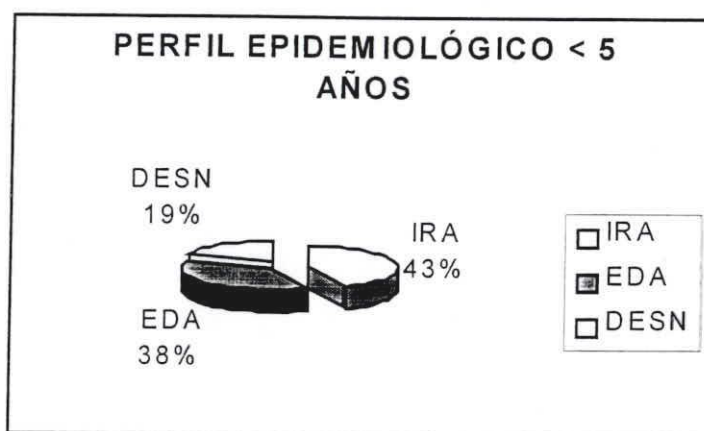
Perfil epidemiológico 1er trimestre 2000 del CSM

ENFERMEDADES	#	%
IRA	191	43
EDA	166	38
DESNUTRICIÓN	85	19
TOTAL	442	100

FUENTE: Estadística del CSM. 2000

Gráfico 7

Perfil epidemiológico CSM 1er trimestre 2000



FUENTE: Estadísticas del CS Metropolitano

Perfil epidemiológico obtenido de las estadísticas de Centro de Salud Metropolitano, durante el primer trimestre del 2000, coincide en general con el obtenido mediante encuestas directas en las comunidades a las madres y cuidadores de los menores de 5 años que es la población a quien está dirigida la estrategia AIEPI.

Tabla 18

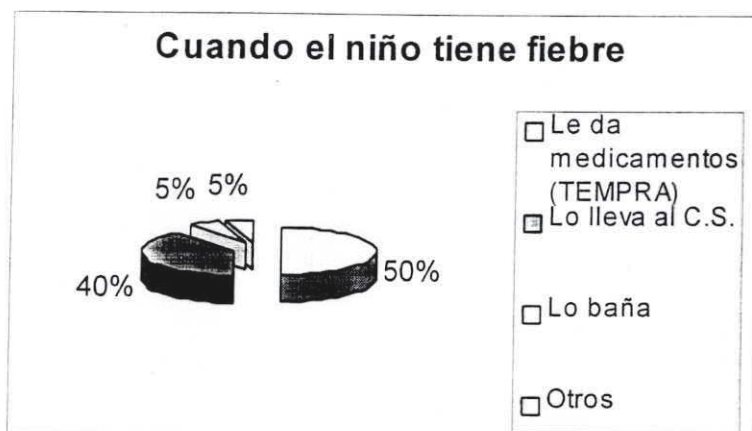
Prácticas de las madres en caso de fiebre a < 5 años

CUANDO EL NIÑO TIENE FIEBRE	#	%
Le da medicamentos(TEMPRA)	10	50
Lo lleva al CSM	8	40
Lo baña	1	5
Otros	1	5
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta CAP a madres en la comunidad

Gráfico 8

Prácticas de las madres en caso de fiebre a < 5 años



FUENTE: Encuesta CAP a madres en la comunidad

Como investigación acerca de datos de atención en el hogar, se le preguntó a la madre qué hacía en casos de que a su niño le diera fiebre. Las respuestas fueron de que el 50% le da algún tipo de medicamentos (mencionaron Temptra) el 40% lo lleva al Centro de Salud el 5% lo baña y el otro 5% le pone paños de agua fría en la cabeza y en el vientre.

Tabla 19

Prácticas de las madres en caso de diarreas en < 5 años

ALIMENTOS QUE LES PREPARAN CUANDO TIENEN DIARREA	#	%
Suero Oral	9	45%
Suero de arroz	8	40%
Suero oral casero	2	10%
Dieta blanda (sopitas)	1	5%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Encuesta CAP a madres en su comunidad

Se le preguntó a las madres qué hacía en caso de que le diera diarrea a su hijo, las respuestas fueron el 45% le da suero oral el 40% suero de arroz, el 10 % suero oral casero y el 5% le da sopitas suaves (dieta blanda).

Tabla 20

Grado de conocimiento de SRO en las madres

CONOCIMIENTO DE PREPARACION DEL SUERO ORAL (SRO)	#	%
SI SABE	9	45%
NO SABE	11	55%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Encuesta CAP a madres en su comunidad

Gráfico 9

Grado de conocimiento SRO en las madres.



FUENTE: Encuesta CAP a madres en su comunidad

Se les preguntó si sabían preparar el Suero Oral (SRO) el 45% contestaron de la manera adecuada, el 35% lo preparaban de manera inadecuada. y el 20% ni siquiera sabían cómo se prepara, para esto las encuestadoras estaban capacitadas previamente en cómo preparar una SRO.

Tabla 21

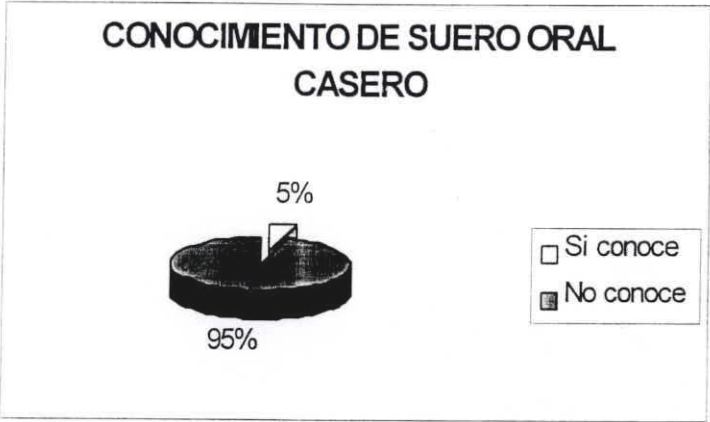
Conocimiento de preparación de suero oral casero

CONOCIMIENTO DE SUERO ORAL CASERO	#	%
Si conoce	1	5
No conoce	19	95
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta CAP a madres en sus comunidades

Gráfico 10

Conocimiento de las madres para preparar SO casero



FUENTE: Encuesta CAP a madres en sus comunidades

Al preguntar si sabían preparar el suero oral casero, las respuestas fueron 75% no sabe prepararlo, y el 25% si sabe prepararlo, de éste 25%, únicamente el 5% sabía prepararlo exactamente de la manera correcta.

Tabla 22

Identificación de signos de peligro por las madres

CUANDO REGRESAR AL CENTRO DE SALUD DE URGENCIA	#	%
Fiebre	20	100%
Vómito	6	30%
Tos	5	25%

FUENTE: Encuesta CAP a madres y cuidadores

Quisimos conocer datos de atención en el Centro de Salud, y preguntamos a las madres que cuándo cree que debe llevar al niño / niña a la Unidad Operativa. Las respuestas fueron las siguientes: el 100% contestó que acude al Centro de Salud cuando el paciente tiene fiebre alta. Paralelamente el 30% contestó que también cuando vomitan.

Tabla 23

Prácticas de toma de SRO en niños enfermos

CON QUE TOMA SRO EL NIÑO ENFERMO	#	%
CON TAZA O VASO	9	45%
CON CUCHARITA	8	40%
CON BIBERON	3	15%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Encuesta CAP a madres y cuidadores

Se les preguntó con qué le da líquidos(SRO) al niño / niña cuando está enfermo. Las respuestas fueron el 45% dice que le da con taza o vaso, el 40% con cucharita y el 15% con biberón.

3. Se realizó un grupo focal con las madres y cuidadores de los pacientes atendidos con AIEPI, lo que nos permitió obtener información cualitativa sobre aspectos

relevantes para nuestro trabajo acerca de la implementación de la estrategia AIEPI(ver anexo9).

En el mismo pudimos identificar un amplio conocimiento de las madres acerca de la estrategia, aunque todo lo que ellas manifestaban no lo concientizaban como que fuera AIEPI, sin embargo era evidente el gran esfuerzo del equipo de salud en general y de la pediatra en particular de capacitar a las madres. Es posible también identificar que es escaso lo que el departamento de Educación para la Salud del Centro Metropolitano ha trabajado en capacitar a las madres en cuanto a la estrategia.

Las madres han observado un cambio de actitud en el comportamiento del personal, particularmente de los médicos, aunque manifiestan que a las auxiliares todavía les falta comprometerse en ese cambio. Les parece que la atención a sus hijos se ha humanizado, que los atienden como que se tratara de sus verdaderos hijos y eso es algo muy importante en el quehacer diario de los equipos de salud.

Encuentran muchas ventajas a la estrategia, como es el de la integración, la humanización de los profesionales, la economía que representa una receta con AIEPI para el bolsillo de los padres y todos los conocimientos que están adquiriendo a través de la educación.

VIII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

COMPONENTE 1 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Al analizar las habilidades del equipo de salud del Centro Metropolitano, en función del conocimiento de estrategia AIEPI, podemos decir que:

El conocimiento del AIEPI se reflejó en que un 43% del equipo de salud del Centro Metropolitano Trinitaria, una área que hace dos años desarrolla la estrategia, no conocía ni siquiera la palabra AIEPI, además el 35% desconocía además de su significado, conocimientos generales, población a la que está dirigida, objetivos y componentes.

Por otro lado, ese 35% dedica el 50% o más de sus horas contratadas en brindar algún tipo de atención a < 5 años. Sin embargo, el 30% de todo el personal que no sabe nada de la estrategia, utiliza la mitad de sus horas contratadas a dar algún tipo de atención a niños / niñas menores de 5 años.

En el grupo focal que se realizó con el equipo de salud, se identificó una señal de alarma cuando el equipo de salud manifiesta que su conocimiento escaso de esta u otras estrategias depende básicamente de una falencia definida por la comunicación inefectiva con sus directivos la misma que debería ser analizada en sus raíces, esto ha generado en algunos desmotivación, en otros quemeimportismo.

Están convencidos como equipo de que la estrategia es una excelente alternativa de intervención con la que se logrará llegar efectiva y oportunamente a resolver los problemas de salud de los < de 5 años.

Al realizar la resolución de un caso, se observó que el porcentaje del equipo de salud que hacía uso, clasificaba adecuadamente al paciente, informaba, prescribía un tratamiento de acuerdo al manual de procedimientos y daba recomendaciones a las madres de cuándo regresar, era apenas del 29% del personal, a quienes se clasificó de excelente. Este dato no dista mucho del proporcionado en la información obtenida de entrevistas con la coordinación del Centro de Salud, que es del 21%.

Mucho del interés observado en el equipo de salud por conocer AIEPI ha sido por iniciativa propia de querer saber algo más sobre la estrategia, demostrando proactividad, que es algo muy valioso.

Crean además que todo esto es un proceso y que a medida que pase el tiempo se irán involucrando más en la estrategia porque es básico que todos hablen el mismo idioma.

COMPONENTE 2 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Al evaluar al sistema de salud podemos manifestar que:

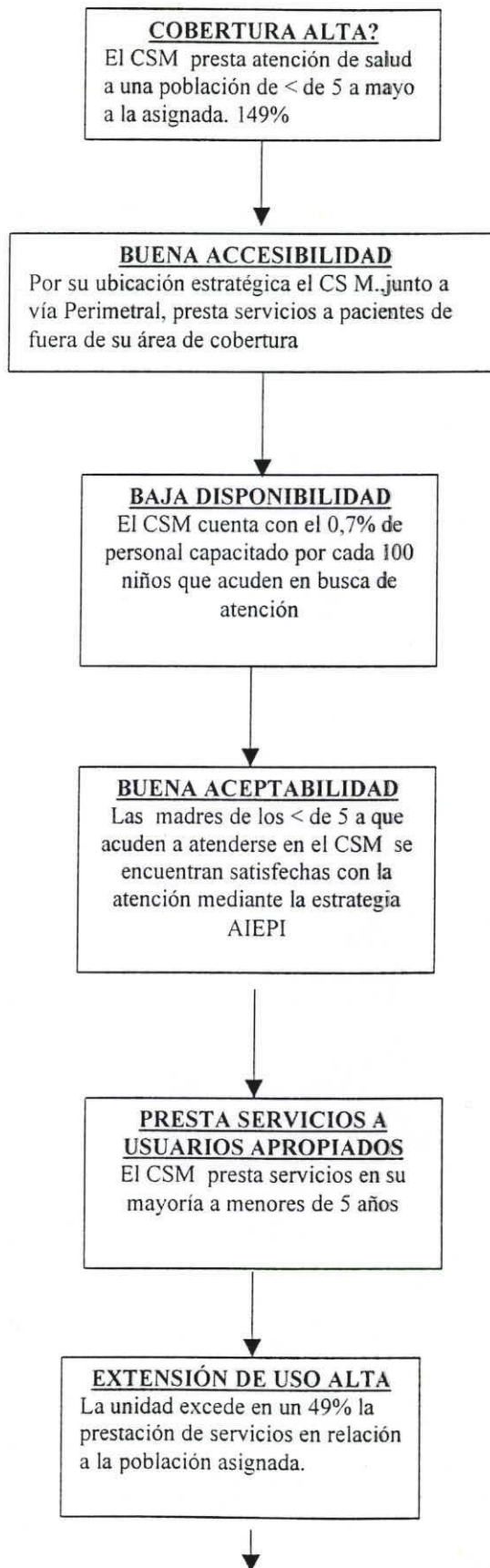
El Centro de Salud Metropolitano, área 2 Trinitaria, según sus estadísticas muestra aparentes coberturas altas, ya que al parecer está prestando sus servicios a menores que

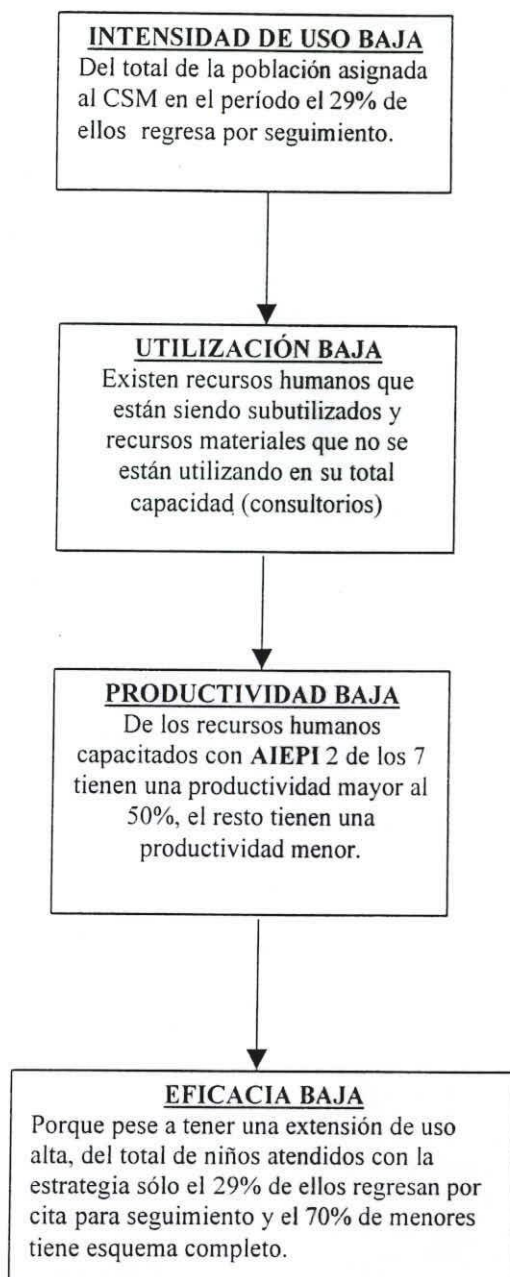
no son de su área de cobertura; con una excelente accesibilidad de la unidad de salud por parte de los usuarios externos, ya que su ubicación junto a la vía Perimetral permite un fácil acceso de la población de su área de influencia; además, de que esta es una vía que permitiría referir pacientes con rapidez y oportunamente hacia unidades de salud de mayor complejidad; sin embargo, la disponibilidad de recursos humanos capacitados es baja, menos de un recurso capacitado por cada 100 menores de 5 años.

Tienen muy buena aceptabilidad ya que las madres de los menores de 5 años que acuden a atenderse en el Centro de Salud se encuentran satisfechas con la atención prestada mediante la estrategia AIEPI.

Aparentemente el centro de salud presta sus servicios a usuarios apropiados, sin embargo si se realiza un análisis más detenido se puede apreciar a través de indicadores que tienen una alta extensión de uso con una baja intensidad de uso, lo que implica que una gran cantidad de usuarios hace uso de la unidad y de sus recursos, pero que no acuden a seguimiento o subsecuencia en la misma unidad, quizás porque no les satisface la atención que se presta en la unidad, quizás porque están de paso (altas migraciones en el sector) o porque cuando requieren de algo en particular la unidad no cuenta con ello, entre otras razones. La alta extensión de uso usualmente es confundida como cobertura alta, y quizás sea el motivo de que cuando se realiza la encuesta nos encontremos que los datos no concuerdan con lo que reposan en estadística.

DIAGRAMA DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN.





FUENTE: Equipo de Trabajo de Grado, según modelo PRIDES de Evaluación de Servicios de Salud.

Consideramos que hay recursos humanos subutilizados, como es el caso de la enfermera, de la auxiliar de enfermería y de la voluntaria que es muy proactiva y tiene bastante conocimiento general de la estrategia, en cuanto al recurso consultorio se

podrían utilizar más horas consultorios en la atención bajo la estrategia AIEPI. Otro caso es el de la educadora para la salud, a quien se debería motivar para que se interese más en la estrategia y llegue con sus actividades a concretar las funciones por las que se encuentra en esa unidad.

La pediatra es un recurso en cambio explotado en atender casos que otros recursos humanos podrían solucionar y dedicarse más a los que realmente la necesitan como es el caso de los desnutridos y los pacientes más graves en los que hay que demorarse un poco más en la educación que se imparte a las madres y cuidadores.

La eficacia es baja, considerando que los pacientes que regresan en busca de atención al centro de salud son apenas un 29%, además, el porcentaje de menores inmunizados apenas es del 70%, cuando la meta es del 100%, este dato dista sideralmente de lo reportado por el Centro de Salud en el año 98 del 150%, porcentaje que desciende vertiginosamente a reportes del 70% en el año 99. Estos datos deben hacernos reflexionar y observar detenidamente con el accionar de la unidad de salud.

Las madres encuestadas manifiestan que los esquemas estaban incompletos porque se habían demorado en llevar a sus hijos a vacunar, porque cuando los llevan al CSM no hay vacunas, cuando hay campañas de vacunación, en algunas ocasiones, no se han enterado, o las vacunas no alcanzan. Llama la atención que los datos obtenidos no concuerdan con los que reposan en los archivos de Estadística, según los cuales, sus coberturas son mayores en años anteriores y desde el año pasado disminuyen notablemente, cuando la estrategia busca llegar efectivamente a un número mayor de menores de 5 años, quizás esto se deba a que no hay vacunas y en otras oportunidades

con el objeto de completar metas se vacunan a menores de fuera de mi área de cobertura, o porque el acceso que presta la unidad de salud permite que acudan menores de otras sectores.

COMPONENTE 3 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Analizando los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y cuidadores de los menores de 5 años hemos encontrado que:

El 100% de madres indican que su consulta al Centro de Salud es subsecuente, sin embargo, en los archivos estadísticos en el primer trimestre del 2000 únicamente el 29% de los menores de 5 años atendidos, regresan por una consulta de seguimiento, nos indica que al parecer hay un subregistro de los eventos subsecuentes, porque se les insistió mucho a las madres en el concepto de subsecuente. Es importante recalcar que a las madres no les queda claro el concepto de la subsecuencia y de que deben regresar por un control a la unidad de salud, por lo que se debería estudiar más detenidamente este aspecto.

El grado de conocimiento del significado de la palabra AIEPI era del 78% en las madres y cuidadores, la mayoría de ellas afirmaron conocer la estrategia, aquellas que no identificaron la palabra, conocían la estrategia, explicándola en sus propias palabras; de sobremana llama la atención que las madres conozcan más de la estrategia que el mismo equipo de salud.

En el CSM. Metropolitano, el 98% de las encuestadas han recibido la atención médica para sus niños mediante la estrategia AIEPI, reconociéndole a la misma muchas ventajas y ninguna desventaja. El 29% dijeron que “no gastan demasiado”, el 22% que “mejoran su estado de salud, el 19% “revisan bien al niño / niña”, el 17% nos enteramos mejor cómo están los niños” y un 13% “detectan mejor las enfermedades”, entre las respuestas más relevantes en porcentajes.

El total de madres coincidió el estar satisfechas con la atención recibida, ya que les gusta mucho cómo atiende la Pediatra en el centro de salud, lo que constituye una gran oportunidad y una ventaja competitiva para la Unidad Operativa y por ende, para el Área. Las respuestas más relevantes fueron: “es atenta, trata bien, explica la enfermedad y el tratamiento”, “atiende bien, sabe de niños”, “los miden, les controlan el peso”, “es muy cariñosa y detallista”, “examina bien al niño y el niño mejora”, “hay una atención humanizada”, “parece que los niños fueran de ella, así los trata”.

Las madres opinaron que les gusta que la pediatra atienda a su niño sentada junto a él. Esta es una de las herramientas de las que se vale el AIEPI para dar una mejor forma de atención al usuario y refleja también el grado de satisfacción de las madres con respecto de la estrategia.

Generalmente se les prescribe medicamentos genéricos más medicinas naturales. Se dieron algunas respuestas paralelas puesto que las madres afirmaron que para el mismo paciente les prescriben dos tipos de medicamentos diferentes, es decir, de marca (comerciales) más naturales, o genéricos más naturales. Muy rara vez es un solo medicamento. La mayoría de las madres opinaron que es más económica la receta con

AIEPI, las que opinaron que no es más económica, dicen que el costo depende de lo que él médico prescriba y básicamente del estilo del médico, ya que individualmente al parecer los médicos hacen sus ajustes a la estrategia, esto sin consensarlo en equipo.

Las madres tienen buenos conocimientos, actitudes y prácticas, saben qué hacer cuando sus niños tienen fiebre, llama la atención que aparentemente conocen muy bien y lo administran adecuadamente el acetaminofén (Tempra, todas mencionan el nombre comercial más no el genérico) para controlar la fiebre, junto con el uso de líquidos y paños de agua fría.

Saben además, qué alimentos proporcionarles cuando están con diarrea, observándose un alto porcentaje de madres que utilizan las Sales de Rehidratación Oral 45% y 55% de las encuestadas no lo sabe y que en el mismo porcentaje conocen y practican adecuadamente su reconstitución, no así el Suero oral casero que la mayoría de las madres encuestadas no lo saben preparar (95%), se justifica esto porque las medidas educativas han estado enfocadas al uso de las Sales de Rehidratación Oral (SRO), ya que el equipo de salud manifiesta que hay riesgo de que no la preparen en concentración adecuada y que en vez de causar un beneficio sea un perjuicio para el menor.

Esta práctica consideramos que es paliativa cuando en la noche la madre no dispone de SRO, o ante la emergencia de no tener para adquirirlo en la farmacia, siendo una medida oportuna que puede salvar muchas vidas. Llama la atención el hecho de que se ha invertido tanto y a través de diferentes estrategias para hacer conocer las SRO y los sueros orales caseros como alternativa para los hogares de escasos recursos económicos y sin embargo todavía no se llega a la meta propuesta.

Es importante, comprobar que las madres saben identificar signos de peligro en sus hijos de manera adecuada y oportuna, manifiestan que e llevan a sus hijos de urgencia al centro de salud cuando tienen fiebre, vómito y diarrea.

Hay buenas prácticas en proporcionar líquidos al niño enfermo con taza o vaso y en un pequeño porcentaje con biberón, como un ejemplo, eso hace la gran diferencia con el accionar de nuestras madres en épocas anteriores.

IX. CONCLUSIONES

COMPONENTE 1 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

En cuanto a las habilidades el equipo de salud del Centro Metropolitano, área 2 Trinitaria, ciudad de Guayaquil, no está capacitado en un 100% en la estrategia AIEPI para resolver oportunamente la atención a menores de 5 años.

La estrategia AIEPI, es aplicada básicamente por los médicos; las enfermeras y auxiliares de enfermería capacitadas en la misma solo aportan con peso, talla y temperatura. Cuando la pediatra por algún motivo no asiste al Centro Metropolitano, se sobrecarga a los médicos restantes y el resto del equipo no colabora con resolver la emergencia. Es más, cuando no han atendido los médicos de la unidad por alguna circunstancia en especial, el paciente es derivado a otra unidad de salud por problemas simples que pueden ser resueltos sin necesidad de referencia.

Existe una falta de integración del equipo de salud del Centro Metropolitano para lograr los objetivos de la estrategia. Se han dado escasos intentos de réplica de la información recibida por parte de los facilitadores en la estrategia AIEPI, de los que dispone el área y el Centro Metropolitano. Se observa interés por parte de los integrantes del equipo de salud de conocer aspectos generales de la estrategia y de otros programas, lo cual es muy válido y es importante potencializar esa motivación.

La estrategia no se integra además con otros programas de salud, es así que apenas el 5% de las madres encuestadas tenían en el mes de agosto del 2000 actualizado su

Papanicolau, examen necesario para detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, pese a que en esos momentos se realizaba una campaña gratuita de ese programa en la unidad de salud.

La unidad conductora del Centro de Salud no ha fomentado hasta el momento, o son muy escasas sus acciones, una cultura de trabajo en equipo tan necesaria para alcanzar los objetivos deseados, obteniendo de esta manera resultados más satisfactorios en esta o en otras estrategias y programas.

Es importante, reconocer que la unidad cuenta con un equipo de salud dispuesto al cambio, y eso pudo confirmarse durante el transcurso de nuestra investigación cuando cada uno de ellos solicitaba cada vez más datos de la estrategia AIEPI, sintiéndose involucrados en el estudio. Además cuenta con profesionales que disponen del conocimiento de herramientas gerenciales que pueden conducir ese cambio tan necesario.

COMPONENTE 2 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

En cuanto a la evaluación del sistema de salud podemos decir que cualquier personal que conforme el equipo de salud, debe estar en capacidad de darle solución al problema planteado por una madre ansiosa y su hijo menor de 5 años.

El recurso humano, ya lo hemos manifestado anteriormente, resta por capacitarse en la estrategia AIEPI y se debe aprovechar su interés en la misma al momento.

En el sistema de información del área financiera, administración, de farmacia y de estadística (este último mejor organizada) todavía se siente la escasez de estrategias gerenciales para que mejoren su gestión y con ello la imagen de la organización de salud.

La disponibilidad de medicamentos para AIEPI en farmacia es baja, ya que no dispone sino del 43% de los mismos para su accionar, el 57% de los medicamentos, los usuarios deben adquirirlos en farmacias privadas, lo cual encarece los medicamentos. La escasez de medicamentos en la farmacia del Centro de Salud Metropolitano es una ventaja competitiva para los competidores (farmacias privadas) y es una causa adicional para la automedicación.

Los indicadores de salud obtenidos, nos reflejan que al sistema hay que mejorarlo para que sobreviva en una época tan difícil para las organizaciones de salud, y su búsqueda de obtener mejores resultados con escasos recursos.

La eficacia es baja, cuando observamos que no hay seguimiento de las acciones en los involucrados, sean estos usuarios internos o externos, el seguimiento a los usuarios externos es del 29% y los usuarios internos desde el año pasado no reciben una supervisión efectiva de apoyo a la estrategia y menos todavía intentos de réplicas o capacitaciones al resto del personal.

La productividad es profundamente heterogénea entre un profesional y otro y esto se explica porque la pediatra se dedica a la atención exclusiva de menores de 5 años y los otros médicos a niños más grandes y a adultos inclusive.

Al realizar un análisis vertical de la información que se dispone en cuanto a cobertura, las encontradas en nuestro estudio distan con las reportadas por el departamento de estadística de la unidad. Nuestras coberturas resultan menores, inclusive se observa un serio problema cuando un porcentaje alto de niños mayores de 1 año recién está recibiendo primeras, segundas y terceras dosis de DPT y antipolio, lo que debió darse durante el primer año de vida.

Parecería que las coberturas están siendo mal formuladas, que el registro de la información no es el más adecuado, o que como en el caso del año 98 con porcentajes del 150%, se están vacunando a menores de otras áreas geográficas que no corresponden al área de cobertura. En principio, todo esto se superaría con un sistema de información adecuado y otras recomendaciones que serán analizadas más adelante.

COMPONENTE 3 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La estrategia AIEPI a los dos años de su capacitación e implementación ha tenido gran aceptación por parte de las madres y cuidadores de los menores de 5 años de edad. Los conocimientos, actitudes y prácticas encontradas en las familias mediante la encuesta de verificación, se debe básicamente a la información y educación que han recibido de la pediatra durante la consulta, ya que no hay un programa de educación en AIEPI a las madres y cuidadores en la unidad de salud.

Los niños enfermaron de procesos respiratorios (gripe, tos) en un 55%, lo que nos permite tener una idea clara del perfil epidemiológico del sector, que nos da un alto índice de IRA. Esto coincide con el perfil epidemiológico proporcionado por la Unidad

Operativa que en los 3 primeros meses del 2000 nos muestra un 43% de IRA (Datos de Departamento de Estadística del área).

Hay una percepción en las madres de que ha habido cambios en la actitud del personal respecto a la atención de los niños, de que la pediatra realiza una excelente labor en cuanto a capacitar a las madres.

Les parece que la atención a sus hijos es más cálida y humana, especialmente de parte de los médicos, pero que a las enfermeras y auxiliares todavía les falta comprometerse en ese cambio; y la calidez la entienden cuando los profesionales atienden a sus hijos como si se tratara de sus verdaderos hijos y eso es algo muy importante en el quehacer diario de los equipos de salud.

Encuentran muchas ventajas a la estrategia, como es el de la integración, la calidez y calidad de los profesionales, la economía que representa una receta con AIEPI para el bolsillo de los padres y todos los conocimientos que están adquiriendo a través de la educación por parte de la Pediatra, que les parece excelente y de mucha ayuda para lograr la recuperación de sus pequeños hijos.

Una vez que se ha analizado los tres grandes componentes de la Estrategia AIEPI, podemos concluir finalmente que:

Todo esto es más un análisis del seguimiento de las acciones del servicio de salud, que de la misma estrategia, ya que hablar de impacto de la estrategia AIEPI es todavía prematuro en términos del escaso tiempo que lleva la implementación y

aplicación de la misma en la provincia del Guayas y en la ciudad de Guayaquil en particular.

En cuanto a la aplicación de la estrategia AIEPI podemos concluir que dentro del consultorio pediátrico se siguen las normas, se aplican los formularios recomendados, las prescripciones son las más adecuadas. No hay duda de que hay una buena aplicabilidad. Sin embargo, es fácil observar la escasez de insumos y recursos para que la atención bajo la estrategia AIEPI, fuera del consultorio de la pediatra, sea integral, eficaz y eficiente.

X. RECOMENDACIONES

COMPONENTE 1 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La unidad conductora del Centro de Salud Metropolitano, sobre la base de estos resultados debe tomar la decisión de gestionar un programa de educación continua en la estrategia AIEPI, el mismo que se lleve no como una capacitación más, sino que haya el seguimiento adecuado y oportuno. De esta manera se logrará que el equipo en un 100% se involucre en la estrategia AIEPI y que se hable el mismo idioma a la hora de salvar más vidas.

Para esto es básico la confianza entre los integrantes el equipo de salud, comunicación efectiva, el conocimiento y compromiso con la misión y visión de la unidad, un verdadero liderazgo, sumado al apoyo mutuo que debe darse entre todos.

El apoyo mutuo es fundamental para el desarrollo de una organización, el esfuerzo colectivo bien dirigido, en cualquier actividad que esta sea, permite alcanzar los objetivos deseados y con resultados más satisfactorios. Para el desarrollo del equipo de trabajo, de salud en este caso, se debe considerar:

- ❖ Generación de confianza entre sus integrantes, que permita crear el ambiente adecuado para su interrelación no solo laboral sino personal.
- ❖ Comunicación espontánea, efectiva, en doble vía; no basta con informar, los mensajes deben quedar plenamente entendidos por el receptor, para que esto ocurra hay que saber también escuchar, quien emite el mensaje debe asegurarse que el ciclo

se cerró. Más todavía si este tipo de comunicación promueve el AIEPI entre profesionales y madres.

- ❖ El apoyo mutuo, acompañamiento, constituye un soporte para el desarrollo del trabajo compartido. El demostrar un genuino interés por los demás favorece la interrelación y destierra los enfoques individualistas, funcionales, centrados en la tarea. La gestión de procesos fomenta el apoyo mutuo de los integrantes del equipo, hace que se apropien del proceso y conozcan de una manera integral los flujos productivos. Esto es fundamental, si queremos enseñar a que las madres y cuidadores lo utilicen en su comunidad, se debe empezar por practicar lo mismo que se predica desde la unidad de salud.
- ❖ Los objetivos de la organización, la misión, la visión, deben ser plenamente comprendidos por todos los miembros del equipo, esta asimilación provoca que sus integrantes asuman un compromiso para el logro de dichos objetivos. Una vez que los integrantes del equipo comprendan la importancia del AIEPI para su comunidad, se creará el compromiso de mejorar la calidad de la atención de salud.
- ❖ Las diferencias existentes en el equipo no se deben negar, evitar o suprimir, hay que ventilarlas. Tener diferencias no es malo en sí mismo, más bien todo lo contrario, es una oportunidad para descubrir diversidad de concepciones y enriquecer las nuestras.
- ❖ La utilización de los recursos de los integrantes del equipo, entendidos como todas sus capacidades, conocimientos y experiencias, deben ser optimizados y aprovechados en su máximo potencial. Eso precisamente busca la estrategia al adaptarse a pautas locales.

- ❖ El liderazgo no puede ser impositivo. El auténtico liderazgo permite la participación y la integración del equipo. Un líder siempre convoca, aprende de las diferencias y dirige al grupo hacia el objetivo común.

COMPONENTE 2 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

Sugerimos modificar el sistema de cálculo de las coberturas de inmunizaciones, porque el actual se presta todavía a diversas distorsiones. Se debería diseñar por parte del MSP un nuevo sistema o lo que es mucho mejor el que las áreas realicen encuestas para conocer sus coberturas reales.

Por decir algo, sumar las coberturas de inmunizaciones de los últimos tres o cuatro años, para conocer exactamente cuántos menores de un año se inmunizaron en esos años y saber además cuántos de 1 a 4 años restan por inmunizar, con lo que cambiaría el denominador de la cobertura, de ser una población asignada a una población más real de a quienes correspondería vacunar.

A partir de estos datos nuevos, reales, se programa para el nuevo año y seguramente van a alcanzar las metas que se propongan si se ha analizado a conciencia lo observado anteriormente. Esto sería lo más próximo a la realidad, se conseguiría programar en base a lo observado anteriormente y según los recursos con los que se cuenta.

Lo óptimo, insistimos, es realizar una encuesta probabilística que permita inferir sobre cuál es la cobertura real de inmunización, datos que ya no corresponderían a

poblaciones asignadas por el MSP y por el INEC, sino a la población que realmente necesita vacunarse; sobre todo en áreas donde se ha invertido tanto en capacitar al equipo de salud, donde a través de las visitas domiciliarias se conoce perfectamente a la comunidad y donde no es justo que algo tan importante como la cobertura de vacunación todavía no esté clara.

Las encuestas que sugerimos, no necesariamente tienen que hacerlas el equipo de salud, sino por internos de Medicina, Enfermería, Voluntarias de Salud, alumnos de los quintos y sextos años de colegio adecuadamente capacitados por el equipo de salud.

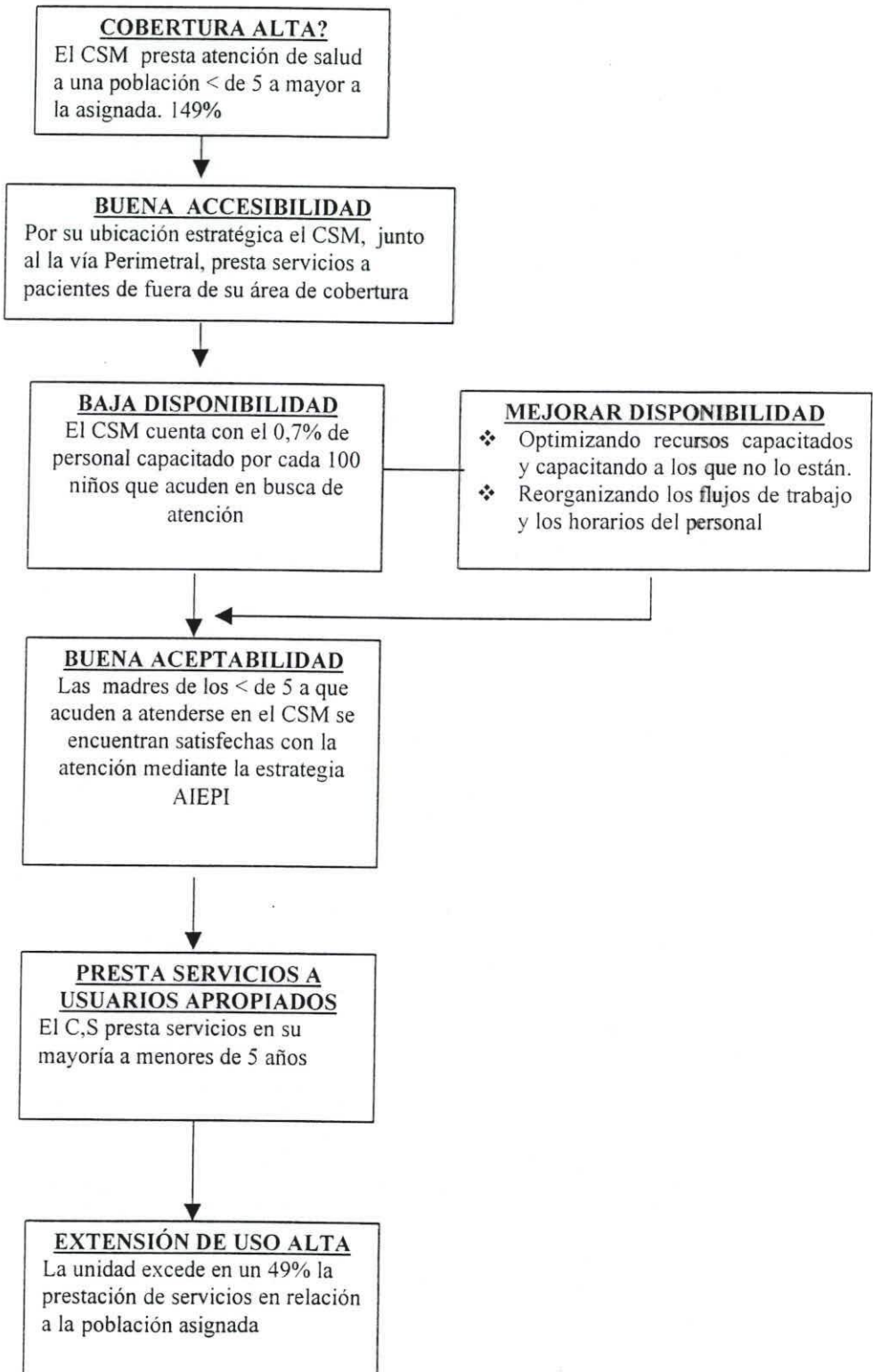
Las encuestas propuestas son factibles en áreas, como es el caso de Trinitaria, en los que se aplica el modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

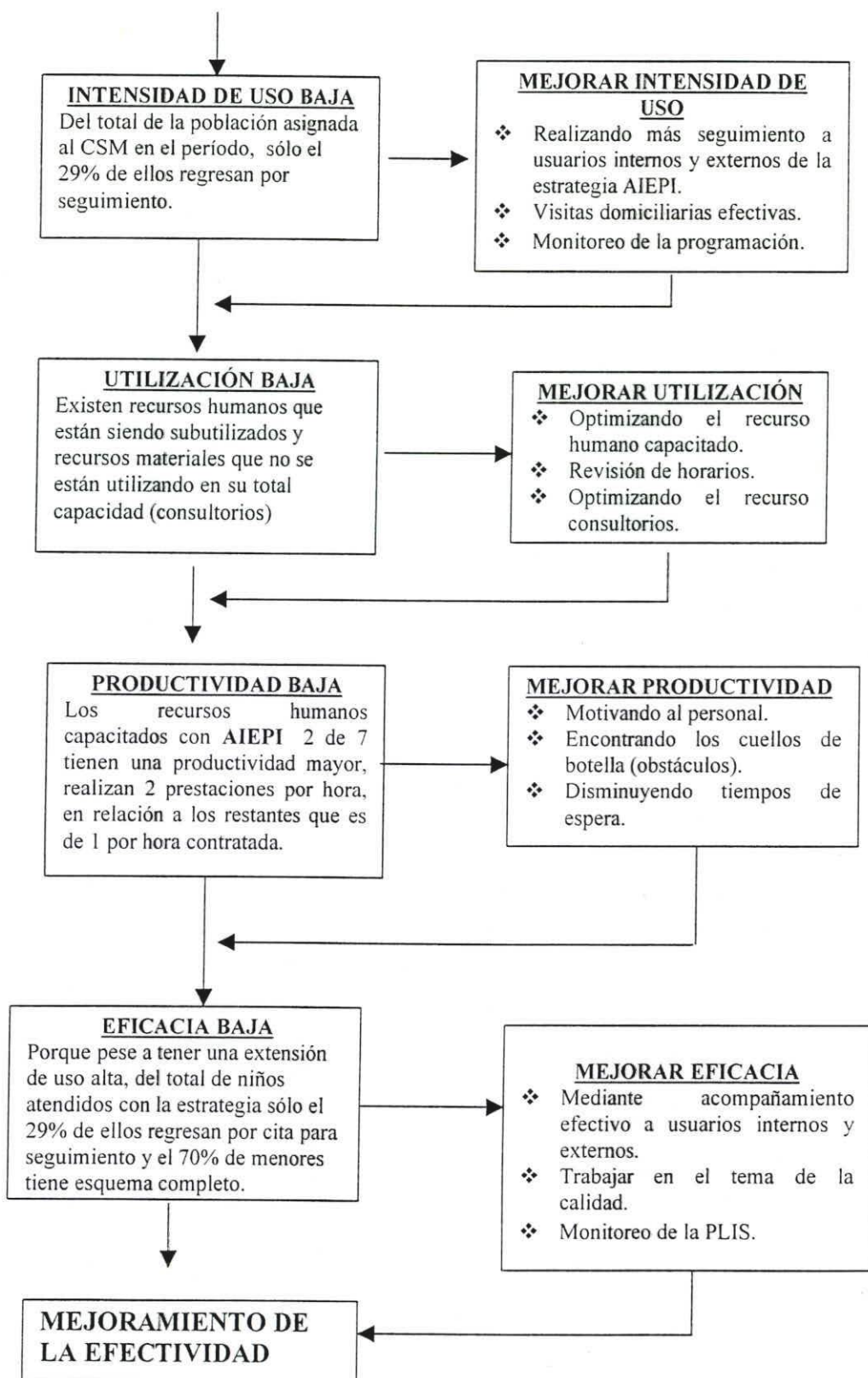
Para que no se den los problemas de porcentajes de 150% que es extensión de uso y se confunde con cobertura, como en la cobertura del 98, sugerimos que se mejore el sistema de información, de tal manera que nunca se niegue la atención del tipo que sea a pacientes de otras áreas, pero que se deje constancia de sus direcciones de tal manera que solo los que pertenezcan al área de cobertura sean considerados para el cálculo correspondiente.

Para lograr llegar a una meta, el Centro de Salud Metropolitano, debe también asegurar a través de programación adecuada y oportuna el contar con los biológicos e insumos necesarios para que la misma se pueda llevar a efecto.

En cuanto al mejoramiento de la gestión del sistema de salud sugerimos evaluarlo de acuerdo al siguiente algoritmo:

RECOMENDACIONES A LA GESTIÓN





FUENTE: Elaboración por equipo trabajo de grado, según modelo PRIDES de Evaluación de Servicios de Salud.

COMPONENTE 3 DE LA ESTRATEGIA AIEPI

En cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres y cuidadores se debe tomar en cuenta la ventaja competitiva que poseen, en lo que respecta a la gran aceptación de la estrategia por las madres y cuidadores de los menores de 5 años, en búsqueda de afianzar su credibilidad, su posicionamiento y poder captar además otros segmentos del mercado en los que se están quedando rezagados.

Sugerimos un estudio de mercado, con el objeto de llevar a efecto un plan de mercadeo social que le permita a la organización crecer y afianzar su posicionamiento.

Las madres y cuidadores, con la educación que tienen al momento, son un segmento al que hay que darle mucha importancia, siempre se muestran ávidos por aprender y practicar algo más en busca de mejoras para sus familias, es hora de crear o innovar un sistema que le permita crecer como persona, madre y gerente de la familia.

Considerar el trabajar intensamente en:

- ❖ Promoción de la salud, que permita realmente llegar a prevenir que tantos niños mueran injustamente en nuestras áreas de salud.
- ❖ Intersectorialidad, con el objeto de sumar y esfuerzos y lograr mejores resultados.
- ❖ Participación social efectiva, es hora de dejar de tomar a la comunidad solo para ejecutar acciones, debemos conocer sus necesidades y las soluciones que ellos planteen.

No se puede hablar de salud integral si la comunidad no participa efectivamente de su desarrollo, integrémosla.

Lcda. María Esther Cedeño

Si los profesionales de salud uniéramos nuestros esfuerzos y conocimientos deponiendo actitudes egoístas, podremos lograr que nuestro país se ubique en el sitio que le corresponde dentro de la comunidad internacional.

Lcda. Betsy León León

Finalmente, más allá de todo lo anterior, trabajar para que el sector salud, conste en la agenda social de los técnicos y de los políticos.

Dra. Myriam Ramírez Mieles

“Porque es indispensable permitir que las nuevas generaciones tengan una nueva forma de vida al comienzo del nuevo siglo; el fin del siglo XX marca y determina los aciertos o fracasos que hayan tenido las generaciones; demos apertura a que el nuevo siglo comience con nuevas ideas, nuevas aptitudes, nuevas presencias y una verdadera participación comunitaria”.

Dr. Asdrúbal de la Torre

Ex Ministro de Salud Pública

XI. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍAS

1. Paganini, J. et al. : Análisis de Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud, OPS – OMS, Washington, 1990.
2. Hernández Peña, P. et al. : Avances y retos de la economía de la Salud, Departamento de Economía de la Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Revista Saúde Pública, 29 (4); 326-322, México, 1995.
3. Torres Ernesto: Servicios Hospitalarios y Ambulatorios, Módulo 10 del IV Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, ESPAE – ESPOL, Guayaquil, 1999.
4. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Módulos y Guía del Facilitador, OPS / OMS – UNICEF – BASICS / USAID, Atlanta, 1998.
5. Revista Noticias sobre AIEPI, La meta del 2002, número3, Mayo 2000.
6. AIEPI: EL ENFOQUE INTEGRADO, OPS-OMS Mejorando la salud de los niños. Washington, Junio 2000.
7. Robbins Stephen, Comportamiento Organizacional, Prentice-Hall Hispanoamericana SA, séptima edición, México 1996.
8. Donebedian, A. Defining and measuring the quality of health care. Assessing Quality Health Care, pp 41-63. Williams and Wilkins, 1992.

9. Departamento de Medicina Social: Evaluación de Servicios de Salud, modelo PRIDES. Universidad del Valle, Cali, 1990.
10. Pardo F., Galá, R.: Administración Hospitalaria, Indicadores y Estándares de Calidad de la Atención Médica, Bogotá, 1995.
11. Vanormelingen, Köen: Manual del facilitador. Programa Nacional de mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud. 1995.
12. De Canales F. H., de Alvarado E.L., Pineda E.B: Metodología de la Investigación, Segunda Edición, OPS-OMS, Washington, 1994.

A
N
E
X
O
S

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha	Tiempo	Actividad	Responsables
3-4 -05-00	8 horas	Diseño del trabajo de grado	Integrantes del grupo
5-05-2000	3 horas	Revisión bibliográfica	Integrantes del grupo
12-05-2000	1 hora	Elaboración de oficio para jefe de área y personal	Integrantes del grupo
16-05-2000	2 horas	Entrega de oficio y presentación del grupo ante jefe de área y personal	Integrantes del grupo
23-05-200	2 h 30'	Recolección de información en Dpto financiero	Dra. Myriam Ramírez
23-05-200 al 20-06 2000	50 h	Recolección de información estadística	Lcdas. Betsy León y María E. Cedeño
23-06-2000	2 h	Elaboración de encuesta al usuario externo	Integrantes del grupo
6-07-2000	4 h	Validación de encuestas en el centro de salud y comunidad	Integrantes del grupo
10-07-2000 - 13-07-2000	10 h	Aplicación de encuesta al usuario externo	Integrantes del grupo
14-07-2000	50'	Grupo focal con usuario externo	Integrantes del grupo
31-07-2000	2 h	Visita a C.S para concretar fecha con la coordinación y Jefe de Enfermeras para realizar grupo focal con el personal	Lcda. María E. Cedeño
31-07-2000	3 h	Reunión de integrantes del grupo para continuar con análisis de información y redacción del trabajo de grado	Integrantes del grupo
31-07-2000	2 h	Diseño de Encuesta CAP	Lcda.. María E. Cedeño
31-07-2000	4 h	Diseño de Caso AIEPI y de Encuesta a personal de Salud	Dra. Myriam Ramírez
31-07-2000	1 h	Diseño de Encuesta para verificar esquema completo de vacunación	Lcda.. Betsy León
1 y 2-08-00	8 h	Validación de encuestas	Integrantes del grupo
3-08-2000	4 h	Aplicación de encuesta al usuario interno, grupo focal y resolución de caso AIEPI	Dra. Myriam Ramírez Lcda. María E. Cedeño.
10-08-2000	40 h	Elaboración del perfil de trabajo de grado	Integrantes del grupo

ANEXO 2

ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD

IV POSTGRADO DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD. ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS. ESCUELA POLITÉCNICA DEL LITORAL.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN CENTRO DE SALUD METROPOLITANO AREA 2"

Nombre:

Cargo que desempeña:

1. ¿ Sabe el significado de la palabra AIEPI? Explíquelo

Sí

No

2. ¿ Qué sabe de la estrategia AIEPI?

MuyBien

Regular

No sabe

3. ¿ Cuánto de su tiempo de trabajo, en horas utiliza para atender pacientes bajo la estrategia AIEPI?

de horas

Firma de encuestador

ANEXO 3

GRUPO FOCAL

DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO METROPOLITANO TRINITARIA

Participantes:

Fecha:

Hora de inicio:

Asistentes:

Perfil:

AGENDA:

- ❖ Bienvenida a los asistentes y presentación del equipo
- ❖ Motivo del grupo focal
- ❖ Presentación del personal y funciones
- ❖ Determinar porcentaje de personal capacitado en la Unidad operativa
- ❖ Determinar conocimiento de AIEPI como palabra y como estrategia
- ❖ Opinión de la calidad de atención que brinda AIEPI
- ❖ Objetivos del AIEPI (Discusión)
- ❖ Estadística mundial, latina y ecuatoriana
- ❖ Qué expectativas tienen del AIEPI

ANEXO 4

CASO AIEPI

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DEL AREA # 2, EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO DEL 2000

Nombre:

Cargo que desempeña:

Se trata de Iván, paciente masculino de 1 año y medio de edad, procedente de la Cooperativa Polo Sur, con temperatura de 38°, su madre refiere que tenía fiebre desde ayer y que lleva 3 días con tos.

El personal de salud observó a Iván y no presentaba signos de peligro en general, puede beber, no vomita después de tomar suero oral, está consciente y no está letárgico. Al contar las respiraciones por minuto, eran de 45 por minuto, no había tiraje subcostal, ni estridor ni sibilancia.

Iván siempre viene al control al Centro de Salud Metropolitano con su madre. La Dra. Del Rosario, es su pediatra, pero en esta ocasión ella enfermó y no asistió a trabajar. Usted como parte del equipo de salud del Centro de Salud:

- ❖ ¿Qué hace con Iván?
- ❖ ¿Cómo lo clasifica?
- ❖ ¿Qué tratamiento le indicaría a Iván?
- ❖ ¿Qué indicaciones generales le daría a la madre de Iván?
- ❖ ¿Cuándo debe regresar?
- ❖ Además de lo anterior, ¿Qué otra información usted requiere para completar el estudio de Iván?

ANEXO 5

Elaboración de indicadores de gestión

Estructura.

Accesibilidad

$$\begin{aligned} \text{Disponibilidad} &= \frac{\# \text{ de trabajadores capacitados con AIEPI en el C.S}}{\text{Población } < \text{ de 5 a asignada al C.S para el período}} \\ &= \frac{7}{986} = 0.007 = 0,7 \% \end{aligned}$$

Proceso.

Uso:

$$\begin{aligned} \text{Intensidad de uso} &= \frac{\# \text{ de niños } < \text{ de 5 a con controles subsecuentes de AIEPI en el}}{\text{Período/ Población } < \text{ de 5 a asignada para el período}} \\ &= \frac{434}{986} = 0,44 = 44 \% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Extensión de uso} &= \frac{\# \text{ de niños } < \text{ de 5 a atendidos en el C.S con AIEPI en el P.}}{\text{Población } < \text{ de 5 a asignada al C.S para el período}} \\ &= \frac{1477}{986} = 1,49 = 149 \% \end{aligned}$$

Utilización = $\frac{\# \text{ de horas consultorio ocupadas por AIEPI en el período}}{\# \text{ de horas consultorio disponible para AIEPI en el período}}$

Médico # 1:

$$\frac{240}{480} = 0,5 = 50\%$$

Médico # 2:

$$\frac{180}{480} = 0,37 = 37\%$$

Médico # 3:

$$\frac{480}{480} = 1 = 100\%$$

Productividad =

$\frac{\# \text{ de controles a } < 5 \text{ a realizados por el profesional capacitado con AIEPI en el período}}{\# \text{ de horas trabajadas por el profesional capacitado con AIEPI en el período}}$

Médico # 1:

$$\frac{429}{480} = 0,89$$

Médico # 2:

$$\frac{258}{180} = 1,43$$

Médico # 3:

$$\frac{790}{480} = 1,6$$

Resultados.

Cobertura: $\frac{\# \text{ de niños } < \text{ de } 5 \text{ años atendidos en el C.S con AIEPI en el período}}{\text{Población } < \text{ de } 5 \text{ a asignada al C.S En el período}}$

$$= \frac{1477}{986} = 1.49 = 149\%$$

Cobertura de vacunación según encuesta realizada a 20 madres de familia.

$\frac{\text{Número de niños vacunados}}{\text{Numero de niños encuestados}}$

$$= \frac{20}{20} = 1 = 100\%$$

Eficacia = $\frac{\# \text{ de niños } < 5 \text{ a con controles subsecuentes con AIEPI en el período}}{\# \text{ de niños } < \text{ de } 5 \text{ a atendidos con AIEPI en el período}}$

$$= \frac{434}{1477} = 0,29 = 29 \%$$

Eficacia de vacunación según encuesta realizada:

$\frac{\text{Número de niños con esquema completo de vacunación}}{\text{Número de niños vacunados}}$

$$= \frac{14}{20} = 0,7 = 70 \%$$

ANEXO 6

ENCUESTA DE VERIFICACIÓN DE INMUNIZACIONES

NOMBRE DEL ENCUESTADO / A:

DIRECCION:

EDAD DEL NIÑO:

1. Lleva Ud, a vacunar a su niño al Centro de Salud Metropolitano?

Si

No

Porqué?.....

2. REVISION DEL CARNET DE VACUNAS:

VACUNAS	1era dosis	2da dosis	3era dosis	Refuerzo
BCG				
DPT				
ANTIPOLIOMELÍTICA				
ANTISARAMPIONOSA				

ANEXO 7

OPINIÓN DE EXPERTOS EN EL TEMA AIEPI

ENTREVISTA

Nombre

Profesión

Cargo que desempeña

Qué opinión tiene Ud. sobre la Estrategia AIEPI?

Cuál cree Ud. que ha sido el avance de la Estrategia AIEPI en su implementación y aplicación en la Región/ Provincia?

Ha sido efectivo el seguimiento emprendido a las acciones del AIEPI?

Se ha realizado alguna evaluación de la gestión del AIEPI? Si es así, conoce los resultados?
Qué opinión le merecen?

Qué ventajas o desventajas le encuentra Ud. a la Estrategia?

Mensaje final:

ANEXO 8

ENCUESTA A MADRES EN CENTRO DE SALUD

IV POSTGRADO DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD. ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS. ESCUELA POLITÉCNICA DEL LITORAL.

“EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO AREA TRINITARIA”

Nombre:

Dirección:

1. ¿Hoy es su primera consulta o es la segunda vez que viene por la misma enfermedad ?
Primera Subsecuente
2. ¿ Ha escuchado la palabra AIEPI?
Sí No
3. ¿ Cómo le han atendido a su hijo, de la misma manera en que se ha atendido siempre, o con la estrategia AIEPI?
Convencional AIEPI
4. ¿ Le gusta que el médico atienda a su hijo sentado junto a él?
Sí No
5. ¿Qué tipo de medicinas le han recetado para curar la tos de su hijo?
genéricas de marca naturales otras
6. ¿Le parece menos cara la receta con AIEPI?
Sí No
7. ¿Qué ventajas encuentra cuando le atienden con AIEPI?
8. ¿Está satisfecha con la atención médica pediátrica que recibe en esta unidad?
Sí No
Por qué

ANEXO 9

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN AIEPI (ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA) EN LA ISLA TRINITARIA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

Nombre.....

Dirección.....

DATOS GENERALES

Cuántos niños menores de 5 años tiene?

Han tenido alguna enfermedad como:

Diarrea..... Tos..... Gripe..... Fiebre.....

DATOS DE ATENCIÓN EN EL HOGAR

Si su niño/a tiene fiebre, qué hace?

Lo baña Le dá algún medicamento Lo lleva al CS

Otros.....

Si su niño tiene diarrea, qué alimentos le dá?

Suero oral Suero casero suero de arroz no

Cómo prepara el suero oral?

.....

Sabe preparar el suero casero? Si No

Cómo lo hace?.....

Con qué le dá líquidos a su niño/a cuando está enfermo?

Con biberón taza o vaso cucharita

DATOS DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD

Cuándo cree Ud. que debe llevar al niño al Centro de Salud?

Cuando tiene fiebre alta cuando vomita cuando se ahoga al toser

ANEXO 10

GRUPO FOCAL

DIRIGIDO A MADRES COMUNITARIAS DE LA ISLA TRINITARIA

Participantes:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Asistentes:

Perfil:

Agenda:

- ❖ Presentación individual, equipo de trabajo
- ❖ Motivo del grupo focal
- ❖ Presentación de las Madres y ocupación
- ❖ Determinar el conocimiento de AIEPI como palabra y como estrategia
- ❖ Determinar calidad de atención y satisfacción
- ❖ Discutir un tratamiento médico
- ❖ Conocer su opinión acerca de la atención por parte de una Auxiliar de enfermería
- ❖ Existencia de medicamentos en la Unidad Operativa
- ❖ Conocer si sus hijos se curan más rápido con AIEPI
- ❖ Ventajas
- ❖ Desventajas